





Ao meu Pai e Mãe  
E à memória  
Do meu avô Rodrigo,  
E da minha avó Elsa.

---

Agradecimentos

Mais do que preencher um ritual, pretendo aqui agradecer a todos aqueles que mais directamente apoiaram a elaboração deste relatório.

Nem a sobrecarga do trabalho conseguiu esmorecer a disponibilidade do orientador Prof. Doutor Moisés Martins, insubstituível na sua dedicação, no seu empenho e no seu saber. Com uma palavra amiga e uma calma imperturbável, sempre disponível para dirimir as pequenas dúvidas que nos parecem sempre grandes.

À Conceição Gonçalves, que me fez acreditar que era capaz, e a quem devo ter embarcado nesta viagem.

Às idosas que entrevistei, que cooperaram sempre com entusiasmo e disponibilidade, aqui vai o meu agradecimento. Sem elas, este trabalho não faria sentido.

Ao Instituto Superior de Saúde do Alto Ave que me ajudou a crescer como pessoa e como profissional, cultivando em mim, ainda mais, o gosto pelo saber e pela investigação.

Ao amigo Manuel Alves (escritor Cláudio Lima) agradeço o interesse e o tempo disponibilizado.

Foi fundamental contar com a vossa solidariedade, amizade e capacidade de luta – Cristina, Laura, Lurdes, Manuela.

À Carla, ao Luís e ao Rodrigo, ao Luís e à Sandra pelos momentos de descanso, dedicação e estima que me proporcionaram.

Ao divertimento, ao riso, à amizade e à alegria presentes em todos os escuteiros nas reuniões de sábado à tarde, que me proporcionaram momentos de descompressão e recuperação de energias para prosseguir a investigação.

Aos meus pais, pelos conselhos pertinentes e apoio constante na elaboração deste trabalho.

À minha prima São pela força que me incutiu nos momentos mais difíceis.

Às minhas irmãs, Margarida e Eduarda, por me espicaçarem e não deixarem o sonho esmorecer.

Ao António Pedro, meu porto de abrigo, por ser tão especial!

---

## Resumo

Esta investigação tem, como objecto central de estudo, as práticas e representações sociais do corpo feminino, na velhice, seja na saúde, seja na doença. A linguagem da saúde e da doença elabora-se através das vivências e experiências de cada um, as quais dependem do diploma escolar e da trajectória de vida individuais. Daí que neste estudo nos preocupemos também com questões de linguagem.

Vamos analisar as práticas e representações do corpo na saúde e na doença através do estudo das competências e saberes médicos das mulheres no entardecer da vida, isto é, tendo em conta a capacidade de interpretar as questões dos profissionais de saúde, de transmitir e comunicar os sintomas, bem como as relações de comunicação estabelecidas com o médico. Deste modo debruçamo-nos sobre as diversas maneiras de dizer e sentir o corpo, também na saúde, através da análise de alguns hábitos de saúde, tais como a higiene diária, a higiene oral, os hábitos alimentares e os cuidados a ter com o sol, nomeadamente na praia.

A investigação foi levada a cabo na cidade de Braga, na freguesia de Gualtar, através do método da entrevista e da observação directa para melhor percepcionarmos as atitudes e expressões emitidas e transmitidas, através da postura corporal, face à saúde/doença. Foram assim entrevistadas 17 mulheres com mais de 65 anos, escolhidas aleatoriamente.

---

## Résumé

Cette recherche a pour objet d'étude les représentations et les pratiques du corps féminin, dans la santé et dans la maladie. Le langage de la santé et de la maladie se construisent à partir des expériences de chacun, et celles-là dépendent du diplôme scolaire et de la trajectoire de vie individuels. Ce qui explique pourquoi nous nous préoccupons avec les questions du langage.

Nous irons analyser les représentations et pratiques du corps dans la santé et dans la maladie à partir de l'étude des compétences et savoirs médicaux des femmes en fin de vie, prêtant attention à leur capacité d'interpréter les questions professionnelles de santé, de transmettre et de communiquer les symptômes, aussi que les relations de communication établies avec le médecin.

De ce fait, nous nous débroussons sur les diverses manières de dire et de sentir le corps, aussi dans la santé, à partir de l'analyse des habitudes de la santé, telle que l'hygiène quotidienne, l'hygiène orale, les habitudes alimentaires et les soins à prendre avec le soleil, notamment à la plage.

Cette recherche a été menée dans la ville de Braga, plus précisément dans le village de Gualtar, utilisant la méthode de l'interview et de l'observation directe pour mieux appréhender les attitudes et expressions transmises par la posture corporelle face à la santé/malaide. 17 femmes de plus de 65 ans, choisies aléatoirement, ont été ainsi interviewées.

Dedicatória .....	3
Agradecimentos .....	4
Resumo .....	5
Résumé .....	6
Índice Geral .....	7
Índice de Tabelas, Gráficos e Figuras .....	10
Introdução .....	11
CAPÍTULO I – Métodos e Técnicas de Investigação Social .....	14
1.1- Entrevistas .....	15
1.2- Análise de conteúdo .....	18
1.3- Limites do Estudo .....	19
CAPÍTULO II – Problemática .....	20
CAPÍTULO III – Abordagem teórica .....	24
3.1- Velhice .....	25
3.1.1- Especificidade da sociedade portuguesa: envelhecimento demográfico .....	25
3.1.2- Envelhecer: fenómeno individual e social .....	27
3.2- Na senda da velhice: saúde e doença .....	31
3.2.1- Construção social da doença .....	31
3.2.2- A condição de doente .....	38
3.2.3- A saúde e a doença na família .....	39
3.3- O corpo .....	42
3.3.1- O lugar do corpo ao longo da história .....	46
3.3.1.1- O culto do corpo na Grécia Antiga .....	46
3.3.1.2- O corpo cristão da Idade Média .....	48
3.3.1.3- O corpo no mundo moderno .....	50
3.3.1.4- O corpo no mundo contemporâneo .....	51
3.3.1.5- O corpo na actualidade .....	53
CAPÍTULO IV – Linguagem .....	60
4.1- Considerações sobre alguns modelos da teoria hermenêutica .....	61

4.2- Os desafios da filosofia da linguagem .....	63
4.3- Dimensões da linguagem e estratégias de interpretação .....	64
4.4- O poder do discurso .....	67
 CAPITULO V - Universo de Pesquisa: breve caracterização geográfica e demográfica .....	70
 CAPÍTULO VI – Velhice: Construção de uma identidade .....	77
 CAPITULO VII- Competências e Saberes Médicos .....	83
 I PARTE – Capacidade de interpretar as questões dos profissionais de saúde .....	84
7.1- Um olhar sobre o médico .....	84
7.1.1- Profissional .....	85
7.1.2- Preocupado .....	87
7.1.3- Empático .....	89
7.1.4- Humano .....	92
7.1.5-Despreendido .....	93
7.2- Explicação da doença e permanência no consultório médico .....	95
7.3- Segue o médico .....	97
7.4- Mezinhas Caseiras .....	99
7.5- Doença, sofrimento e religião .....	101
7.6- Postura face à doença .....	106
7.7- Avaliação dos serviços de saúde .....	112
 II PARTE - Capacidade de transmitir e comunicar os sintomas .....	115
7.8- Cultiva conhecimentos médicos .....	115
7.9- Médico, especialidades, doença .....	117
7.10- O que é a doença? .....	125
7.11- Medicação .....	130
7.11.1- Casas são autênticos supermercados de medicamentos .....	130
7.11.2- Folhetos informativos .....	132
7.12- Cada um é o seu melhor médico .....	134
 CAPÍTULO VIII - Relações de comunicação .....	138
8.1- Relacionamento com o médico .....	139



8.2- Ida ao médico .....	142
8.3- Poder do médico .....	144

---

CAPÍTULO IX - Maneiras de dizer e de sentir o corpo .....	148
---	-----

9.1- Porque vão as pessoas ao médico? .....	149
9.2- O corpo e a doença .....	150
9.3- O corpo fala .....	153
9.4- Hábitos de saúde .....	154
9.4.1- Higiene diária .....	155
9.4.2- Higiene Oral .....	157
9.4.3- Hábitos alimentares .....	160
9.4.4- Praia .....	164

---

CAPÍTULO X – Discursos das idosas .....	167
---	-----

10.1- A linguagem .....	168
10.2- A linguagem na doença .....	169

---

CAPÍTULO XI – A morte .....	175
-----------------------------	-----

---

Conclusão .....	182
-----------------	-----

Bibliografia .....	186
--------------------	-----

## Anexos

### Anexo I – Guião das entrevistas

---

## Índice de quadros, figuras e gráficos

Quadro I – Caracterização sócio-demográfica .....	74
Quadro II – Definição de velho .....	78
Quadro III – Caracterização do médico: profissional .....	85
Quadro IV - Caracterização do médico: preocupado .....	87
Quadro V - Caracterização do médico: empático .....	89
Quadro VI – O médico é bom se... ..	91
Quadro VII - Caracterização do médico: desprendimento .....	93
Quadro VIII – Mezinhas caseiras .....	99
Quadro IX – Expressões religiosas .....	103
Quadro X – Expressões de dor e/ou sofrimento .....	104
Quadro XI – Postura face à doença .....	106
Quadro XII – Cultiva conhecimentos médico.....	115
Quadro XIII – Sintomatologia das idosas .....	120/ 121
Quadro XIV - O que é a doença? .....	126
Quadro XV – Lê folhetos informáticos: razões .....	133
Quadro XVI – Cada um é o seu melhor médico .....	134
Quadro XVII – Relação com o médico .....	140
Quadro XVIII - Poder do médico .....	144
Quadro XIX – Razões da ida ao médico .....	149
Quadro XX – Hábitos alimentares .....	162
Quadro XXI – Atitudes perante a morte .....	178
Gráfico I - Habitantes Idosos da cidade de Braga em 2001 .....	71
Mapa I – Cidade de Braga .....	72

---

## **Introdução**

Vivemos numa sociedade da aparência, do culto da beleza, do engrandecimento do aspecto físico em que se tenta sempre parecer mais jovem do que o que se é. O homem medieval receava a velhice e tentava travar o processo de envelhecimento através da ciência. Actualmente, o homem moderno tenta escapar à velhice cuidando da sua aparência física e recorrendo a tratamentos estéticos. Parece que teimamos em esquecer que para envelhecer basta viver.

Lidamos com a saúde e a doença, realidades presentes na nossa vida desde sempre. A experiência da doença dá-se no corpo que se tem, enquanto realidade única, pessoal e intransmissível. Temos corpos diferentes, relações diferentes, usos e percepções distintas do corpo e, neste sentido, a experiência da doença é individual pois o que para um é tido como doença para outros não tem importância alguma.

A relação que temos com o nosso corpo, o que sentimos e como o usamos varia de acordo com as nossas crenças, cultura, diploma escolar, e trajectória de vida. A atenção e a escuta que damos ao corpo é desigual e está intimamente relacionada com a sociedade em que nos inserimos, com as práticas quotidianas. No *Livro de Génesis* afirma-se que Deus criou o homem à sua imagem e semelhança. Durante muitos séculos o corpo é tido como algo de pecaminoso.

O povo egípcio preocupava-se com as questões do corpo acreditando que a vida existia para além da morte pelo que se mumificavam. A mumificação é a arte que trata do corpo, o qual tinha que ser conservado pois seria usado numa outra vida.

Os gregos tinham uma grande preocupação com o corpo e daí a máxima “mente sã em corpo sã”. As estátuas dos Gregos são de homens e mulheres jovens e belos pois é nesta fase da vida que o corpo está na sua melhor forma em termos de distribuição e de equilíbrio.

Na actual era da corporeidade o corpo faz parte da esfera pública, havendo uma subordinação do corpo ao olhar do outro. O corpo demonstra a unicidade de cada um, na medida em que transporta consigo marcas de vivências acidentais e estigmatizadas, como refere Maria Augusto Babo. Através do corpo é visível toda uma vida de alegria, sofrimento, de desejo, de apropriação de informação. Deste modo, o corpo unifica a experiência vivida.

O enfoque desta investigação será colocado nas práticas e representações do corpo e no significado que as mulheres, no período da velhice, atribuem à saúde e à doença isto é, nos saberes sociais sobre a doença e a cura, nos medicamentos enfim, nas posturas que dirigem os comportamentos individuais. Trata-se de dar a conhecer o que está por trás das práticas face à saúde e à doença, conhecendo o que é para cada uma das idosas estar doente, os conhecimentos que detém

do próprio corpo e da doença, como se age perante a doença e em que circunstâncias procuram o médico.

Deste modo, analisaremos as diferentes competências e saberes médicos das idosas, através da capacidade de interpretar as questões dos profissionais de saúde e de transmitirem e comunicarem os sintomas.

Na análise da interpretação das questões dos profissionais de saúde debruçar-nos-emos sobre o actor social médico e a imagem que os doentes dele têm pois não podemos ignorar que a opinião sobre o médico vai influenciar a postura adoptada face à doença e os usos e percepções que dela temos, bem como o tempo de permanência no consultório e a análise da explicação da doença dada pelo médico. Mais facilmente seguimos os conselhos do médico se houver uma empatia e um bom relacionamento com este. Não raras vezes, a doença pressupõe sofrimento o qual pode ser atenuado com as crenças de cada um, na medida em que podemos encontrar ajuda e conforto no Além ou em mezinhas caseiras transmitidas de geração em geração.

Em relação à capacidade de transmitir e comunicar os sintomas deter-nos-emos precisamente na capacidade das idosas em expressar a/s doença/s que tem, o tipo de médico que consultam (especialistas ou médicos de clínica geral) e a medicação que tomam, receita ou não pelo médico, enfim, os conhecimentos médicos que detêm e procuram adquirir.

As diferentes relações de comunicação vividas entre idosas e médico serão outra das dimensões de análise.

Interpretamos as maneiras das idosas dizerem e sentirem o corpo na doença e, posteriormente, analisaremos as formas de sentir o corpo na saúde através da análise de alguns hábitos de saúde – higiene diária, higiene oral, hábitos alimentares e cuidados tidos na praia, nomeadamente com o sol.

Simbolizando a morte, a partida deste mundo para algo de incerto, na velhice há uma preocupação especial com a doença pois esta pode significar a ruptura com a vida. Neste sentido deter-nos-emos perante a postura e a visão apresentada pelas idosas face à morte.

A investigação será completada com a análise da competência linguística das idosas na medida em que esta competência revela muita informação sobre quem se pronuncia e o ambiente social em que o faz (Bourdieu, 1982). Corpo e linguagem estão intimamente associados. O corpo tem a capacidade de captar os signos e de produzir significância. Debrucemo-nos então sobre as práticas e representações do corpo na saúde e na doença no entardecer da vida.



## Capítulo Um

---

### Métodos e Técnicas de Investigação

1.1 Entrevistas	15
1.2 - Análise do Conteúdo	18
1.3 - Limites do estudo	19

Gostaríamos de assinalar, de entrada, que o estudo da saúde e da doença na velhice poderia ter sido realizado em muitos locais deste país. Seleccionamos uma freguesia da cidade de Braga, Gualtar, local onde vivemos e que nos facilita o contacto com a população.

Os métodos usados numa investigação estão relacionados com o domínio da realidade que se pretende abordar. Depois de definirmos o objecto a estudar, seleccionamos as técnicas que consideramos mais adequadas para proceder à recolha e tratamento da informação necessária à pesquisa qualitativa.

O objecto de estudo é o das práticas e representações sociais do corpo na velhice, através da percepção que as idosas de Gualtar têm da saúde e da doença, e a linguagem com que exprimem o que sentem. Usamos como ferramentas a entrevista semi-directiva, a observação participante e a pesquisa documental.

## 1.1 - Entrevistas

A técnica da entrevista, segundo Albertino Gonçalves (1998, 60) “afirma-se como uma das mais ricas e das mais usadas no âmbito da sociologia”, assente numa situação social de interacção face a face. Na opinião de Gómez (1999, 167) “La entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados, informantes), para obtener dados sobre un problema determinado. Presupone, pues, la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal”.

As entrevistas foram realizadas na freguesia de Gualtar, onde habitamos. A escolha desta freguesia para a realização das entrevistas deveu-se ao facto de conhecermos as pessoas, pois estamos integrados na freguesia, o que favoreceu o contacto e o relacionamento com as entrevistadas e, por outro lado, conhecemos a realidade e os estilos de vida das mulheres que entrevistamos.

Realizamos entrevistas exploratórias a idosos do sexo masculino e feminino e concluímos que seria melhor entrevistar apenas as mulheres, pois estas mostravam-se mais abertas e sinceras, enquanto que os homens pareciam mais acanhados e davam respostas telegráficas. Além disso, as mulheres estavam constantemente a interromper os seus maridos, corrigindo-os ou acrescentando alguma informação. Verificava-se sempre uma inversão de papéis nas entrevistas dos idosos, em que as mulheres acabavam elas próprias por ser as entrevistadas. O facto de o número de mulheres com mais de 65 anos ser superior ao dos homens (Censos 2001) foi também determinante na escolha da população alvo.

Optamos pelas entrevistas semi-estruturadas em que, apesar de haver um guião, as perguntas foram memorizadas e eram colocadas aleatoriamente, de acordo com o decorrer da entrevista. O ambiente era de liberdade, sendo as primeiras horas passadas a ver os quintais e as hortas e só depois, de forma muito natural, nos começavam a falar de episódios que tinham vivenciado em termos de saúde e de doença. Tendo em conta que todo o espaço comunica, verificou-se uma aproximação social que facultou a entrevista. A voz das entrevistadas denotava entusiasmo e o corpo transmitia ânsia de conversar. Há assuntos, nomeadamente a doença, sobre os quais nem sempre é fácil falar, pois pertencem ao foro da vida privada. Daí a necessidade de manter uma aproximação. Muitas foram as confidências feitas que contribuíram para nos apercebermos das vivências, interações sociais e das visões sobre a saúde e a doença.

Esta familiaridade com as entrevistadas também traz inconvenientes nomeadamente "...os enviesamentos, simplificação excessiva, juízo prévio e incapacidade de separar aquilo que se observa daquilo que se sente" (Burgess, 1997, 23). Pierre Bourdieu (1999) afirma que o sociólogo não consegue acabar com a sociologia espontânea. Todos os temas sobre os quais o sociólogo se debruce estão envoltos em pré-noções e explicações vulgares. A familiaridade com o universo social é um obstáculo epistemológico com o qual o sociólogo tem que lidar. O autor (1999, 50) afirma que "a maldição das ciências humanas, talvez, seja o facto de abordarem um objecto que fala".

Foram efectuadas 17 entrevistas na freguesia de Gualtar a idosas com idades compreendidas entre os 65 anos e os 85, nos meses de Junho e Julho de 2003, tendo os contactos sido feitos aleatoriamente.

Tivemos a preocupação de nos vestirmos de forma simples e discreta, tendo sido bem recebidos. Apesar de termos sempre a preocupação de explicar qual o objectivo das entrevistas, não nos foram colocadas grandes questões sobre o porquê do trabalho que estávamos a fazer, o importante era ter alguém com quem pudessem conversar. Apenas algumas entrevistadas nos pediram anonimato pois "*com estas cousas da saúde não se brinca*" (Ana, 79 anos, entrevista 13).

Todas as entrevistas decorreram na casa das entrevistadas, numa fase inicial na sala e posteriormente na cozinha, num ambiente de muito à-vontade. Todas elas acederam a colaborar na pesquisa, respondendo entusiasmadamente ao que lhes era perguntado e demonstravam preocupação em contar o maior número de factos possíveis para como elas próprias diziam, "*ajudar a menina*" (Sandra, 85 anos, entrevista 17), ou "*tou a responder-lhe como fosse pra um filho*" (Margarida, 81 anos, entrevista 14). Antes ou depois das entrevistas falava-se de imensos assuntos, estando a maioria deles relacionados com a freguesia, filhos e netos. O micro-gravador depressa era esquecido. Denotamos



que quase todas as idosas se sentiam sozinhas e que aproveitavam a nossa presença para nos contar as suas histórias de vida. Este ambiente permitiu que nos fosse oferecido o lanche em quase todas as casas, bem como vasos de flores.

O relacionamento com todas as entrevistadas foi ótimo. Houve uma senhora que nos contactou alguns meses depois dizendo que a sua situação tinha mudado pois a médica tinha-lhe mudado os medicamentos, que tinha uma doença nova e que, portanto, tínhamos que lá ir novamente a casa actualizar a nossa conversa.

Ao elaborarmos a problemática não nos limitamos às informações que nos foram transmitidas pelas entrevistadas para não cair na sociologia espontânea. Neste sentido, a questionação do real foi uma constante ao longo de toda a investigação (Bourdieu, 1999).

A nossa preocupação durante as entrevistas não se centrou apenas na escuta do outro mas na observação dos contextos e dos comportamentos. Tudo em nós comunica, e o corpo também o faz. Como refere Erving Goffman “é impossível não comunicar”. Assim, optamos por registar num caderno de investigação sinais de ansiedade, desinteresse, cansaço, emoção ... enfim, o jogo de mãos e olhares (Gonçalves, 1998).

A observação que “...permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como este se produce” (Gómez *et al*, 1999: 149) é um método importante quando conjugado com a entrevista porque nos permite alcançar dados que os outros métodos não nos permitem (Gonçalves, 1999).

Através da observação participante conseguimos interpretar os significados e experiência dos actores sociais face à saúde e à doença. Por outro lado obtemos relatos de situações relacionadas com a saúde e doença na própria linguagem dos participantes o que é um dos aspectos a analisar.

Decidimos ser nós a transcrever todas as entrevistas para termos um contacto mais profundo com o seu conteúdo. Pensamos que foi a opção mais frutífera, na medida em que nos permitiu delinear as categorias para a análise do conteúdo. Optamos por fazer uma transcrição fiel da linguagem usada pelas idosas, apesar dos erros gramaticais, pois a linguagem usada é o resultado de todo um conjunto de padrões culturais e religiosos.

## **1.2 - Análise do Conteúdo**

É uma técnica exaustiva e metódica que pode ser definida, na opinião de Bardin (1979, 42), como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A técnica da análise do conteúdo não é recente, tendo conhecido um grande crescimento a partir dos anos 50, para o que muito contribuíram os trabalhos de Bernard Berelson e Paul Lazarsfeld.

Partindo das entrevistas efectuadas às idosas que constituíam o corpus, isto é, partindo do conjunto de materiais sobre os quais versava a análise, passamos a um segundo passo, que foi o de estabelecer categorias.

As categorias que estabelecemos foram-se alterando ao longo da investigação. Segundo Bernard Berelson “uma análise de conteúdo vale o que valem as suas categorias” (*apud* Gonçalves, 1998, 52).

As categorias obedeceram às regras da exaustividade, pertinência, exclusividade, homogeneidade e objectividade (Gonçalves, 1998).

Elaboramos uma grelha que nos permitisse uma leitura longitudinal e transversal das entrevistas. Queríamos primeiramente apreender o conteúdo de cada entrevista, em segundo lugar organizar os temas em categorias para entender como é que os dados se cruzavam entre si, para, por fim, compreender como é que as categorias se relacionavam entre si.

A análise de conteúdo das entrevistas ocorreu entre o período de Dezembro de 2003 até fins do mês Abril de 2004.

Optamos por uma análise qualitativa, tendo tratado os dados das entrevistas estatisticamente, através do programa Informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), para que tivéssemos uma visão mais geral e fidedigna dos dados provenientes da análise de conteúdo (meados do mês de Maio). Durante a observação o sociólogo estabelece uma relação social com o objecto, relação esta que nunca é puro conhecimento daí a necessidade da análise estatística. A Análise estatística “contribui para tornar possível a construção de novas relações, capazes de impor, por seu carácter insólito, a busca das relações de natureza superior que lhe serviriam de justificativa” (Bourdieu, 1999, 24). No fundo, propusemo-nos a romper com o que Marx denomina de ilusão da transparência.

Para além das informações facultadas pelas entrevistas, demos especial atenção à observação dos contextos e dos comportamentos das entrevistadas. Registamos os sinais de embaraço, de ansiedade, as hesitações, a posição corporal, os olhares. Para isso complementamos as entrevistas

com um diário de campo onde, no final de cada entrevista, registávamos as observações mais importantes.

Para preservar a identidade das entrevistadas e dos médicos atribuímos pseudónimos.

### **1.3 - Limites do estudo**

Em todas as situações do dia a dia nunca deixamos transparecer completamente aquilo que somos e sentimos. Quando adoptamos determinado papel social, assumimos uma determinada fachada durante a interacção (Goffman, 1975). Deste modo, na investigação, quando analisamos a interpretação que as idosas fazem da sintomatologia e da doença que o médico lhes atribui, não podemos esquecer que vamos lidar com interpretações influenciadas por uma série de aspectos, como a cultura, as crenças religiosas, a mentalidade, a idade e a profissão. Logo, há muita coisa que é dita apenas por ser socialmente correcta.

Deste modo, muito do que nos é transmitido, fruto da interpretação de cada uma das idosas, pode não corresponder à verdade, independentemente de as entrevistadas acreditarem ou não no que estão a contar. Por outro lado, em todas as interacções sociais há um ajuste mais ou menos consciente ao espaço social e ao interlocutor (Bourdieu, 1998).

Simultaneamente, não podemos ignorar o enraizamento social do sociólogo, o qual faz parte de um grupo específico com determinados interesses, esquemas de pensamento e problemáticas. Enfim, pertence a uma determinada cultura e, como tal, “é vulnerável à ilusão da evidência imediata ou à tentação de universalizar, inconscientemente, uma experiência singular” (Bourdieu, 1999, 91).

Constatamos assim que a sociedade influencia o trabalho do sociólogo mas, os trabalhos da sociologia também influenciam a sociedade, tal como defende Boaventura de Sousa Santos (1989).

Temos a noção de que nos limitamos a um pequeno universo e não pretendemos, de forma alguma, fazer generalizações, mas apenas contribuir para entreabrir o caminho no estudo da problemática do corpo na saúde e na doença.

## Capítulo Dois

---

### Problemática

O estudo do corpo é objecto de investigação de disciplinas como a Sociologia, a Antropologia, a Semiótica, a Educação, a História e a Medicina.

A noção de corpo não é estática pois o corpo é uma construção social que em cada época se adapta às mentalidades e às configurações científicas. As práticas e representações do corpo variam

de acordo com o grupo social em que nos encontramos inseridos. A presente investigação recai sobre os idosos por serem uma franja da população que detém um conjunto de especificidades que os tornam únicos.

A velhice é um fenómeno que existe em todas as sociedades independentemente da nossa vontade pois todos seremos velhos, se lá chegarmos. O processo de envelhecimento e as atitudes a ele inerente são individuais. A forma como cada um se vê a si próprio enquanto velho depende da cultura em que está inserido, do sistema de valores, das normas da sociedade, da religião que professa, da ideologia que defende. Enfim, “envelhece-se segundo a maneira como se viveu” (Leandro, 1991, 363).

Velho é aquele que detém muita idade, uma vasta experiência de vida e cujo corpo vai envelhecendo biologicamente. Não podemos esquecer que é no corpo que a saúde e a doença se manifestam. A doença é sentida como algo que afecta a nossa esfera individual, que nos traz desprazer pois afasta-nos provisoriamente da vida social activa. Existe independentemente da nossa vontade e, para a evitarmos podemos apenas adoptar alguns comportamentos higiénicos, alimentares, consultas de rotina e exposição solar. Todavia, quando a doença se instala no corpo, os papéis sociais modificam-se e a ida ao médico impõe-se. A relação estabelecida com o médico, o seu poder, o seguimento das suas orientações, são alguns dos indicadores que vamos analisar para inferir a importância que as idosas atribuem ao corpo.

Quanto mais nos aproximamos do entardecer da vida <sup>1</sup> mais são as preocupações com a doença pois a probabilidade destas se manifestarem é maior uma vez que o corpo vai perdendo visibilidade.

Neste trabalho de investigação debruçamo-nos sobre a atitude das idosas face à saúde/doença e à forma como a doença é vivenciada no corpo que se tem. Por fim analisamos a linguagem que é utilizada pelas idosas para expressar esses sentimentos.

O estudo debruça-se assim sobre a análise de quatro aspectos.

Em primeiro lugar, debruça-se sobre diferentes maneiras de dizer e de sentir o corpo.

O corpo assume uma simbologia que varia de indivíduo para indivíduo de acordo com a classe social de pertença e de toda uma herança cultural. As partes corporais apresentam valorizações diferentes atribuindo noções diferentes do que é e não é censurável.

O corpo é o que se dá a ver, transmite muito daquilo que somos. Na opinião de João Miguel Teixeira Lopes, “as formas de ocupação dos cenários de interacção pelos agentes sociais e as posturas

---

<sup>1</sup> A expressão entardecer da vida é usada por Engrácia Leandro (2001).

corporais que lhes estão associadas traduzem uma determinada atitude receptiva face ao ambiente social circundante”<sup>2</sup>.

Em segundo lugar, este estudo debruça-se sobre diferentes competências e saberes médicos<sup>3</sup> ou seja, sobre a capacidade de interpretar e de comunicar os sintomas de doença, bem como sobre os discursos dos profissionais de saúde.

Debruça-se também sobre as diferentes relações de comunicação isto é, sobre o relacionamento estabelecido com os profissionais de saúde em termos comunicativos e sobre a distância ou proximidade social que estabelecem com os profissionais de saúde.

Debruça-se, enfim, sobre as diferentes estruturas pragmáticas. Neste caso, pretende-se analisar os diferentes níveis de língua, a capacidade de verbalização e o vocabulário (sintaxe e capacidade de abstracção) que os indivíduos doentes apresentam. A capacidade de verbalização e o vocabulário variam de acordo com o diploma escolar e a trajectória social.

Pierre Bourdieu (1998, 39) afirma que se “...tende a constituir um sistema de oposições linguísticas sociologicamente pertinentes”. A língua traduz distinções sociais. Deste modo, “os usos sociais da língua devem o seu valor propriamente social ao facto de tenderem a organizar-se em sistemas de diferenças (...) reproduzindo na ordem simbólica dos desvios diferenciais o sistema das diferenças sociais” (*Idem*, 37).

Foi nossa principal preocupação debruçar-nos sobre as preocupações, demonstradas pelas idosas, com o corpo, na saúde e na doença. Passo a destacar alguns aspectos a que este estudo procura responder:

- Como é que as idosas vêem o seu corpo?
- Como é que lidam com a sua doença?
- Qual a relação entre médicos e idosas?
- Até que ponto o relacionamento entre idosas e médicos influencia as idosas a cuidarem da sua própria saúde?
- Com que frequência vão ao médico?
- Cada um é o seu melhor médico?
- Seguem o médico à risca?
- Auto medicam-se ou só tomam medicação receitada pelo médico?

---

<sup>2</sup> Teixeira, João Miguel – Públicos, Palcos e Amigos: Olhares sobre a recepção cultural in [www.bocc.ubi.pt](http://www.bocc.ubi.pt)

<sup>3</sup> Saberes médicos entendidos como representações feitas pelas idosas sobre os seus conhecimentos médicos. Susana Duarte optou pelo termo “cultura médica”. Ambos os termos são relativos aos saberes que as pessoas detêm sobre a doença e a cura. Estes saberes são o resultado de conhecimentos transmitidos pelas gerações anteriores e do que apreendem dos discursos dos profissionais de saúde.

- Que percepções e que atitudes têm as idosas face à velhice?

Não podemos ignorar que as queixas, a postura face ao diagnóstico da doença, o enfoque colocado nos órgãos, bem como a resposta dada às estratégias terapêuticas, são particulares, isto é, divergem de pessoa para pessoa. Neste sentido, a doença é uma interpretação que depende da pessoa que a interpreta, mas também da forma como o seu grupo social de pertença classifica as doenças (Duarte, 2002).

## Capítulo Três

---

### Abordagem teórica

3.1- Velhice	25
3.1.1- Especificidade da sociedade portuguesa: envelhecimento demográfico	25
3.1.3- Envelhecer: fenómeno individual e social	27
3.2- Na senda da velhice: saúde e doença	31
3.2.1- Construção social da doença	31
3.2.2- A condição de doente	38
3.2.3- A saúde e a doença na família	39
3.3- O corpo	42
3.3.1- O lugar do corpo ao longo da história	46
3.3.1.1- O culto do corpo na Grécia Antiga	46
3.3.1.2- O corpo cristão da Idade Média	48
3.3.1.3- O corpo no mundo moderno	50
3.3.1.4- O corpo no mundo contemporâneo	51
3.3.1.5- O corpo na actualidade	53

### 3.1 - Velhice

*“A velhice é um estado de repouso e de liberdade no que respeita aos sentimentos. Quando a violência das paixões se relaxa e o seu ardor arrefece, ficamos libertos de uma multidão de furiosos tiranos”.*

*Platão*



### 3.1.1 – Especificidade da sociedade portuguesa: envelhecimento demográfico

A velhice é um fenómeno que atravessa todas as épocas, sociedades e culturas.

Actualmente assiste-se a uma desvalorização da velhice essencialmente nas sociedades modernas alimentando-se a ideia de que os velhos são inúteis, simultaneamente a uma reabilitação da imagem negativa do velho. Os velhos, tradicionalmente vistos como detentores de um saber e de experiência são, actualmente tidos como um fardo para a sociedade. Para muitos, “ser velho representa ser diminuído, carenciado, alguém que precisa da nossa solidariedade, da nossa ajuda” (Fernandes, 2001, 13).

A sociedade portuguesa debate-se com a diminuição da taxa de natalidade e com o aumento da esperança média de vida isto é, com o envelhecimento demográfico da população<sup>4</sup>. Este aumento do número de idosos pode gerar desequilíbrios sociais pois o aumento da esperança de vida conduz a um aumento do número de anos a receber pensões o que se traduz num maior número de pessoas de idade e dependentes. Este aumento do número de idosos conduz a uma maior sobrecarga dos apoios formais e informais. Simultaneamente, devido à diminuição da natalidade assiste-se a uma reorganização familiar em que a família tradicional dá lugar à família nuclear ou recomposta o que se reflecte na redução dos recursos económicos disponíveis para o idoso. Enfim, “esse aumento das despesas sociais para financiar as pensões de velhice pode também originar um mal-estar social e conduzir, inclusivamente, a um conflito entre gerações de consequências gravosas para a sociedade” (Rosa, 1993, 687).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (1999) a população idosa mais que duplicou nos últimos quarenta anos. Desde 1995 que o número de idosas é superior ao número de mulheres jovens. Por outro lado, a viuvez é um fenómeno que afecta mais as mulheres do que os homens.

O envelhecimento demográfico português caracteriza-se por um aumento da população idosa em proporção com a população jovem. Este fenómeno do envelhecimento demográfico caracteriza-se assim por um modelo de fecundidade e mortalidade baixos “originando o estreitamento da base da pirâmide, com a redução de efectivos populacionais jovens acompanhado pelo alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais” (Instituto Nacional de Estatística, 1999).

---

<sup>4</sup> O índice de envelhecimento aumentou de 45 idosos para 103 isto é, o número de idosos a residir em Portugal ultrapassou o número de jovens. Por cada 100 mulheres jovens há 122 mulheres idosas o que reflecte bem a longevidade feminina.

Vila Velha de Ródão era em 2001 o concelho mais envelhecido, com 523 idosos por cada 100 jovens, logo seguido de Alcoutim, Idanha-a-Nova, Gavião e Penamacor. Os conselhos menos envelhecidos do país eram Câmara de Lobos, Ribeira Grande, Lagoa (Açores) e Paços de Ferreira (entre 34 a 40 idosos por cada 100 jovens) (Censos 2001).

O envelhecimento demográfico leva a um aumento do valor gasto em despesas sociais o que pode aumentar o mal-estar social. Maria Rosa (1993) propõe algumas soluções nomeadamente o aumento da idade para a reforma ou do período de quotização e a diminuição do montante da reforma.

A velhice evidencia a decrepitude dos sistemas de segurança social em Portugal. Bruno Dionísio (2001, 242) afirma que “a velhice constitui, pois, um dos impactos sócio demográficos mais significativos das sociedades modernas, pondo a nu a caducidade dos sistemas de segurança social dos Estados-Providência”. Todavia, ao nível governamental tem-se tomado algumas medidas<sup>5</sup>, criação do Programa Idosos em Lar, Fundação Cartão do Idoso, Turismo Sénior, que se tem demonstrado insuficientes, são algumas gotas de água no oceano.

Parafraseando Maria Rosa (1993, 689), o envelhecimento demográfico coloca um desafio à sociedade em geral. Neste sentido, o Ministro da Saúde e do Emprego e da Segurança Social criaram em 1994, em conjunto, o Programa de Apoio Integrado aos Idosos, visando a implementação de um conjunto de acções na vertente da solidariedade, do apoio à família e inserção social. Deste Programa salientamos as seguintes acções – Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Apoio a Dependentes, Formação de Recursos Humanos, Serviço de Telealarme, Saúde e Termalismo, Passes de Terceira Idade (Instituto Nacional de Estatística, 1999). No entanto, face ao crescente número de idosos, estas medidas não se tem revelado suficientes.

Apesar de tudo, Portugal era em 1996 o quinto país menos envelhecido no conjunto dos países da União Europeia (*Idem*).

### 3.1.2 – Envelhecer: fenómeno individual e social

---

<sup>5</sup> Legislação publicada visando a criação de medidas e iniciativas que promovam a qualidade de vida dos idosos:

- Lei nº 19 – A/96 e Decreto-Lei nº 196/97 de 29 de Junho de 1996 a 31 de Julho de 1997 cria e regulamente o Rendimento Mínimo Garantido, recentemente mudado para Rendimento de Inserção Social.
- Despacho do Secretário de Estado de Inserção Social de 20 de Fevereiro de 1997 cria o programa “Idosos em Lar”.
- Decreto-Lei nº 102/97 do MSSS de 28 de Abril de 1997 cria a Fundação Cartão do Idoso.
- Despacho Conjunto nº 256/97 dos Ministérios da saúde e da Solidariedade e segurança Social de 21 de Agosto de 1997 aprova a realização do Programa Turismo Sénior 1997-1998 e o seu financiamento.
- Despacho nº 6571/97 do Secretário de Estado da Inserção Social de 26 de Agosto de 1997 em que se actualiza, para 1997, as prestações pecuniárias às famílias de acolhimento de pessoas idosas ou pessoas adultas com deficiência.
- Resolução da Assembleia da República nº 66/97 de 11 de Novembro de 1997 que visava o aumento extraordinário das pensões mais degradadas.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 197/98 de 18 de Novembro de 1997 que procede ao reconhecimento público da “rede social”.
- Portaria nº 1239/97 do MSSS de 16 de Dezembro de 1997 actualiza as pensões de invalidez, velhice e sobrevivência dos regimes de segurança social.
- Despacho Conjunto dos Ministros da saúde e do Trabalho e da Solidariedade nº 407/98 de 18 de Abril visando o apoio aos Cuidados de Saúde Continuados.
- Decreto-Lei nº 265/99 de 14 de Julho que visa o Apoio Social à Dependência.
- Resolução do Conselho de Ministros 91/98 de 14 de Julho de 1998 referente à adesão de Portugal à comemoração do Ano Internacional das Pessoas Idosas (INE, 1999).

O envelhecimento é “um processo de degradação progressiva e diferencial” (Fontaine, 2000, 19) que afecta todos os seres vivos e que termina com a morte do organismo. O estatuto de velho existe apenas no ser humano (Leandro, 1999). Engrácia Leandro (1991) partilha da opinião de Fontaine realçando que o envelhecimento é um período de escolhas que ditarão a forma como o idoso viverá esta fase da vida.

A sociedade é afectada a todos os níveis por este fenómeno, ao nível económico, social, cultural e médico, implicando uma constante adaptação e modificação profunda das estruturas da sociedade. O desafio fundamental reside na protecção da pessoa de modo a que esta viva a sua velhice o melhor possível (Fontaine, 2000).

A análise da velhice só tem sentido se atentarmos ao período histórico, social e cultural em que os velhos viveram. Todavia, não podemos esquecer que os velhos são o fruto da sociedade em que viveram e, os hábitos, crenças, lazer, família, trabalho e o relacionamento com os amigos desta sociedade não são necessariamente iguais à sociedade de há trinta ou quarenta anos. Os velhos são assim o resultado dos novos que foram, dos modos de vida e das práticas sociais que tiveram. Não é assim fácil caracterizar este grupo social e a idade cronológica em que nele se entra tendo em conta que esta varia consoante a sociedade e a época. Segundo José Luís Veja (2000, 318) “el envejecimiento representa uno de los muchos aspectos de la realidad que se definen socialmente. La vejez es una categoría social cuyas propiedades y problemas se construyen a partir de un conjunto de expectativas que son compartidas por grupos sociales específicos”.

Ana Fernandes (2001, 46) afirma que a velhice está “associada às incapacidades físicas, psíquicas e mesmo materiais que surgem nas idades muito avançadas”. O período da velhice está cada vez mais prolongado. Engrácia Leandro (1994, 61) fala no processo de envelhecimento do envelhecimento em que estamos perante duas gerações de velhos, “o dos jovens reformados, e, que poderão ter diante de si um percurso de vida de 20 ou 30 anos e o dos envelhecidos, propriamente ditos, com o risco de serem cada vez mais numerosos, a viverem entre os velhos”. O papel do idoso na sociedade actual tem que ser repensado, variando em função das práticas e dos valores das diferentes sociedades. Como refere Luísa Pimentel (2001, 55/56) “em sociedades mais conservadoras e tradicionalistas, o conhecimento e experiência dos mais velhos são enaltecidos, enquanto que em sociedades em que se cultiva a beleza, a vitalidade, a juventude ou o materialismo a velhice é sinónimo de incapacidade e rejeição”.

Qual o significado social que os nossos idosos tem na sociedade? Veja-se, a nível social, as expressões idoso, sénior e terceira idade que vêm remover a negatividade tradicional associada à palavra velho. Ser velho é frequentemente associado à falta de capacidades físicas, de memória, de concentração e ao envelhecimento das células (Dionísio, 2001; Leandro, 1994).

Na opinião de Luís Pereira (1993), a sociedade ainda olha para os seus idosos de forma negativa. A partir do momento em que deixam de produzir são afastados da sociedade, isolados e tidos como disfuncionais. Uma das formas de isolamento dos idosos está nas instituições em que os colocam o que significa que a sociedade adoptou uma postura de evitamento perante os seus idosos.

Os processos de envelhecimento não são homogéneos e colectivos mas individuais, pois variam de pessoa para pessoa. A sociedade estipulou a idade de 65 anos como a entrada na velhice. É com esta idade que ocorre a saída do mundo de trabalho e dos modos de produção para se gozar a reforma. Assiste-se a uma desvalorização, sobretudo social, nas sociedades modernas da velhice e, simultaneamente acontece uma reabilitação da imagem negativa do velho ao nível político e social. Bruno Dionísio (2001, 243) afirma que “a velhice assiste a uma desvalorização, sobretudo social, nas sociedades modernas” e, simultaneamente acontece uma reabilitação da imagem negativa do velho ao nível político e social.

Douglas Macarthur (*apud* Pereira, 2002) afirma que “não ficamos velhos por termos vivido um certo número de anos; envelhecemos porque desistimos do nosso ideal. Os anos enrugam a pele; renunciar ao ideal enrugam a alma!”. A velhice nem sempre é bem aceite pois ninguém gosta de envelhecer, de se tornar velho fisicamente pois vivemos numa sociedade que idolatra o corpo, a aparência física, a beleza. Segundo Maria Lúcia Lepecki (2001, 9) “Assumimos o monstruoso dever de manter, por quantos anos de vida nos sejam dados, o vigor da juventude, esquecendo-nos de que para cada idade há o adequado vigor e a adequada beleza de corpo ou de alma”. Embarcamos no mito da juventude e tendemos a olhar a velhice como algo de negativo mas, mais importante do que nos preocuparmos com a longevidade devemos acentuar as nossas preocupações na qualidade de vida dos nossos velhos.

Na Grécia antiga os idosos eram respeitados pois a idade estava associada à honra, existia o concelho de velhos - a Gerúsia. Para Hipócrates o apogeu do indivíduo acontecia aos 50 anos. Infelizmente, actualmente não valorizamos o saber ancestral, os conhecimentos, histórias e experiências que eles nos poderiam transmitir, enfim, ignoramos histórias de vida ricas em pormenores sociais, culturais e históricos próprios da década em que cada um viveu (Canella, 2001).

Velhice e reforma estão negativamente associados. Pelo facto de se afastarem dos modos de produção não significa que sejam tidos como inúteis, ou que já não tenham um papel activo na sociedade, pois eles detêm o saber e a experiência que os anos sedimentaram, todavia, os idosos continuam a sofrer as consequências negativas de ser velho. Para Engrácia Leandro (1994, 66), a reforma é “para eles, uma página que se volta. É o fim de uma vida, o momento de um balanço. É também o acesso a uma nova vida que exige novas aprendizagens”. Para Ana Fernandes (2001) a reforma é uma forma de exclusão social em que se adquire o estatuto de “reformado”.

A institucionalização da velhice corresponde à idade da reforma que a nossa sociedade considera os 65 anos. Biologicamente a velhice tem a ver com o envelhecimento das células do corpo humano daí que não se possa uniformizar este processo. Na nossa opinião a reforma não é sinónimo de velhice mas sim de uma vida com hábitos e práticas quotidianas diferentes, em que se valorizavam coisas e situações que no dia a dia nos passam despercebidas quer porque não temos tempo para elas quer porque nem nos apercebemos que elas existem.

É indiscutível que a actividade profissional é uma forma de integração social e a inactividade é inversamente vista como uma forma de afastamento (provisório ou não) da sociedade (Herzlich, 1996). Esta situação é mais preocupante quando o indivíduo é reformado, não por vontade própria, mas por imposição da entidade patronal, pois os novos produzem mais e em menor tempo, ou porque se encontra no desemprego e a reforma se apresenta como a solução mais viável. Deste modo, quanto menor é a vontade do indivíduo em querer reformar-se, maior será a dificuldade que este apresentará em se adaptar à sua nova realidade social (Fernandes, 2001).

O desafio que se coloca é o de saberem aproveitar o tempo que dispõem, evitando a passividade e a desmotivação de forma a manterem um papel activo na sociedade e o equilíbrio emocional e psíquico. Nem sempre é fácil reinventar objectivos de vida e metas a alcançar, reorganizar o dia a dia, e lidar com a não existência de horários e responsabilidades laborais. O ambiente familiar também se altera quer com a saída dos filhos de casa quer com os laços afectivos que se estabelecem com o cônjuge, pois o tempo de permanência em casa é maior. Não é fácil proceder a esta reorganização afectiva e doméstica, a esta adaptação do idoso a novos condicionalismos como a reforma ou a viuvez (Pimentel, 2001).

A adaptação social a esta nova etapa da vida pressupõe assim a inserção em novas actividades sociais e/ ou culturais com fins distintos dos que exerciam anteriormente. Já não se dedicam a actividades laborais remuneradas economicamente, mas podem debruçar-se sobre actividades sociais e lúdicas que trazem outro tipo de gratificação que não a económica, como o bem-

estar psicológico, satisfação pessoal, sentirem-se úteis e a sublimação dos problemas de saúde alcançando assim algum reconhecimento social pela sociedade (*Idem*, 2001).

Têm-se desenvolvido a ideia de que após a reforma, ainda há muito para viver, para aprender e ensinar, para viajar, para estar com os amigos e que uma nova etapa da vida surge. Veja-se a publicidade que é feita pela Inatel ao Turismo Sénior e a adesão que movimenta, enfim vislumbra-se uma mudança nas mentalidades face à reforma.

A velhice depende de cada um, traduz o resultado do nosso trajecto de vida, é o produto da história e da cultura do tempo em que vivem. Velho é aquele que lida com os inconvenientes da doença fruto da idade e que detém uma sabedoria própria de quem viveu muito e tem muita experiência (Leandro, 1994).

Existe uma inter-relação entre a forma como as pessoas constroem a sua velhice, e a noção de saúde/ doença e estruturam a relação do velho com o seu corpo.

Um velho é uma pessoa única, singular com direitos como outra qualquer, poderá ter algumas limitações, mas é um cidadão livre, válido para com a sociedade, à qual poderá dar um contributo. É este contributo, que em nossa opinião está a ser desperdiçado pela sociedade em geral e pelos governos.

São várias as obras e artigos dedicados à velhice e ao envelhecimento, salientamos, Ana Fernandes (2001), Maria Lepecki (2001), Anabela Pinto (2001), Luísa Pimentel (2001), José Veja e Belén Bueno (2000), Roger Fontaine (2000), Susana Pires (1997), Engrácia Leandro (1994, 1991), Angel Marcos e Angeles Manzanares (1994), Maria Rosa (1993), Luís Pereira (1993), o que demonstra a preocupação e interesse que o tema suscita.

Embora se envelheça cada vez mais tarde e, cada vez mais os velhos mantenham uma saúde estável por muito tempo (Leandro, 1994), os velhos são um grupo etário muito vulnerável à doença pois com o decorrer da idade vão perdendo faculdades psíquicas, físicas e sociais.

### **3.2– Na senda da velhice: saúde e doença**

#### **3.2.1 – Construção social da doença**

A saúde é um direito a que todos deveriam ter acesso pois é um bem indispensável quer para a realização de uma actividade profissional quer para a felicidade individual, todavia, a saúde ultrapassa

o domínio da medicina, na medida em que apela a comportamentos individuais, familiares e sociais. A saúde pode assim ser definida “num sentimento de plena capacidade para se adaptar às novas necessidades fisiológicas, psíquicas, simbólicas e sociais” (Leandro, 2001, 75).

A saúde é um valor que diz respeito à sociedade, à política, à economia, à cultura, à religião, à família e aos indivíduos pois os avanços genéticos revelam-se ameaçadores das identidades e dos laços sociais levantando questões de ordem ética e bioética em torno da problemática da saúde (*Idem*).

Felismina Mendes (1996, 184/185) afirma que “a saúde tende a ser um valor e uma referência à qual cada um deve submeter a sua vida e é em seu nome que se organiza todo um conjunto de práticas, numa perpetua negociação entre o que é possível ser e o que não é, entre o domínio público e o privado, entre o prazer e o risco”.

Hans-Georg Gadamer (1997, 109) afirma que a “a saúde não é apenas um sentir-se, mas estar-aí, estar-no-mundo, é um estar-com-os-outros, um sentir-se satisfeito com os afazeres da vida e manter-se activo neles”. A saúde caracteriza-se pelo que o autor denomina de carácter recôndito que transparece no bem-estar que sentimos na medida em que só damos por ela quando não a temos.

A saúde é um valor a preservar, cada um deve tirar partido das suas capacidades para assim investirem na promoção da saúde e evitarem a doença. Para que todos possam alcançar a saúde é necessário que todos tenham acesso a ela. É fundamental investir na educação para a saúde, pois só assim se investirá na promoção e na prevenção da saúde. Se a saúde diz respeito a cada um de nós é necessário que cada um participe activamente e isso só é possível se houver motivação e informação, daí a importância das campanhas que focam a educação para a saúde.

Para aumentar o nível de saúde individual e social será necessário investir na prevenção primária. Os cuidados de saúde primários terão que se modernizar e adaptar de forma a responder às necessidades da população. Para que a saúde esteja ao alcance de todos é necessário atingir, em termos sociais, um ambiente de paz e de harmonia afastado da ameaça da guerra pois só assim estarão reunidas as condições para que cada um possa desenvolver-se, ser criativo e produtivo.

As actuais concepções de saúde baseiam-se no modelo biopsicossocial da doença que tem como base a teoria dos sistemas, que surgiu como uma resposta às limitações da ciência do século XIX. Este modelo, contrapondo-se ao modelo biomédico, defende que para a prática médica é necessário ter os conhecimentos científicos adequados mas estes, por si só, não bastam. Na cura da doença é necessário algo mais: a capacidade de compreender o mundo do doente e integrar os seus sintomas e queixas nesse mundo, onde intervêm crenças, mitos, filiação religiosa, usos e costumes da família, maneiras de sentir, estar e ver a vida e o mundo. O médico tem que ter em conta todos estes aspectos

e não se debruçar apenas sobre as patologias pois o indivíduo e a doença são um só, não podemos curar a doença ignorando o doente e a sua história de vida pois o corpo do doente, sendo a casa da doença, pertence a um ser humano (McWhinney, 1994; Duarte, 2002).

Cada indivíduo reage de forma diferente à doença, pois a doença é uma construção cultural e individual e já não assume a dimensão de flagelo social do Antigo Regime em que a doença, quando ocorria, dizimava uma grande quantidade de pessoas daí que fosse colectiva pois ninguém adoecia nem morria sozinho. Cultural no sentido em que a reacção do indivíduo face à doença depende da sociedade em que está inserido isto é, de factores como o desenvolvimento económico e social desta, da religião que professa (ou não), do clima, da cultura, das condições de vida, entre outros. Perante todos estes factores o indivíduo faz a sua construção individual da doença. A forma como cada um de nós reage, se comporta e apresenta os seus sintomas depende das experiências individuais, dos valores e das representações próprias de cada sociedade. Ninguém é completamente igual depois de ter estado doente (Duarte, 2002).

A doença é assim uma realidade construída e o doente uma personagem social. Esta construção social da doença assenta, na opinião de Graça Carapinheira (1986, 11), na ideia de doença enquanto “fenómeno social total”.

Neste sentido, estudos realizados por Zola em 1986 (*apud* McWhinney, 1994) vem comprovar que “o comportamento da doença está relacionado com a origem étnica, classe social, idade, sexo, natureza da doença, personalidade e factores ambientais (McWhinney, 1994, 28). Zola entrevistou doentes americanos de origem italiana e irlandesa quando se dirigiam pela primeira vez às consultas hospitalares e concluiu que a forma de olhar, sentir e expressar a doença era diferente. Enquanto que os irlandeses limitavam e subestimavam as dificuldades em situação de doença, descreviam o problema em termos de disfunção específica, os italianos descreviam-na enquanto um mal-estar geral, aumentavam e generalizavam as suas doenças queixando-se mais dos sintomas, em mais partes do corpo do que os irlandeses.

José Pereira (1993, 163) encara a doença numa perspectiva social com uma interpretação colectiva, “como um entre outros acontecimentos negativos que perturbam o normal funcionamento da sociedade”. Neste sentido, o autor (1987) vê a doença como um desvio social pois ela é uma fuga à normalidade, é algo que interrompe a rotina do quotidiano sendo, nesta perspectiva encarada como um evento passageiro. A doença acarreta sofrimento para o indivíduo e para o seu grupo ameaçando a estabilidade do indivíduo pois cria desordem e desarrumação. Concebe a doença como um facto social que varia no espaço e no tempo de acordo com as conjunturas sociais.



Susana Duarte (2002, 43) vai de encontro à noção de José Pereira de doença enquanto um desvio social referindo que “na sociedade ocidental a doença é encarada como um absurdo, um acontecimento sem sentido, da esfera individual, mas que exige intervenção para a recuperação, da parte do grupo do elemento atingido”.

Boaventura Sousa Santos (1987, 64) define doença como “uma desordem mal assimilada, um mal estar que prolonga dentro de nós as vicissitudes do quotidiano”.

O modo como se vive a doença é individual e único no entanto, há pontos em comum. “Com saúde, o corpo e o espírito são um todo: nós somos os nossos corpos. Na doença, o corpo torna-se algo diferente do espírito, algo alheio, sobre o qual o espírito tem um controlo limitado” (McWhinney, 1994, 67). A doença é assim encarada como uma ruptura na maneira de “estar no mundo” pois o doente deixa de se relacionar com o mundo. Quando estamos perante um doente que se sente responsável pela doença que tem interioriza sentimentos como a irritação e a desculpa e, simultaneamente podem carregar o estigma de ter uma doença discriminada pela sociedade, por exemplo o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, que acarreta sentimentos de rejeição e de desinteresse da sociedade. A doença, por vezes, torna as pessoas mais irracionais e até supersticiosas. Estudos médicos realizados por Eric Cassel (*apud* McWhinney, 1994) em 1976 comprovam que a doença compromete a faculdade da razão. As pessoas doentes tornam-se mais vulneráveis, mais sensíveis a tudo o que as rodeia. Esta vulnerabilidade tende a aumentar em proporção directa com a gravidade da doença.

A partir do momento em que o indivíduo sente que algo de anormal se passa no seu corpo comunica-o ao médico que categoriza o indivíduo com aquilo que ele já suspeitava: está doente. Inicia-se assim o processo de doente em que o indivíduo é enquadrado na categoria socialmente definida como “doente”. Normalmente, quando o indivíduo consulta o médico procura apenas quem confirme as suas suspeitas, o seu próprio diagnóstico (Pereira, 1993; Ferreira, 1999; McWhinney, 1994).

“Estar doente” na actualidade é um conceito que não implica apenas variáveis biológicas mas, cada vez mais, deve abarcar variáveis sociais, psicológicas e culturais que influenciam o risco de adoecer. Einsenberg (*apud* Pereira, 1987) afirma que estar doente é um estado social e não simplesmente biológico. José Pereira diz que o ser considerado doente não depende apenas dos sintomas que o indivíduo apresenta mas da posição social que ocupa e das normas sociais do grupo a que pertence. Assim, “sofrer uma doença, pensá-la, é situar-se em relação aos outros membros da sociedade da qual o doente faz parte” (*Idem*, 165).

Desde o início da vivência pessoal da doença esta assume uma dimensão social. Tal como o nascimento e a morte a doença é um acto social determinado pela natureza biológica do ser humano. Todavia, contrariamente ao nascimento e à morte a doença não é irreversível mas repete-se ao longo da vida humana o que demonstra o carácter provisória da doença.

A saúde, a doença e o sofrimento são conceitos que estão presentes na vida de todos nós e, como tal, na dos nossos velhos. Quando o envelhecimento caminha lado a lado com a doença é complicado manter a vida. Envelhecimento e doença estão assim inter-relacionados.

O corpo pode ser entendido como a casa das doenças pois é no corpo que as doenças se manifestam e, quanto mais velho formos maior é a probabilidade de adoecermos pois o nosso corpo já não tem a força física de outros tempos. Porque a doença se manifesta no corpo preocupamo-nos com ela, com aquilo que é invisível pois quando estamos doentes não podemos realizar as tarefas quotidianas, não temos vontade de fazer nada o que nos traz incómodo (*Ibidem*).

O direito à saúde é um direito de todos os seres humanos que está consagrado em diversas declarações universais e nacionais. O Bureau Regional da Organização Mundial de Saúde (1998, 6) afirma que “o direito à saúde é um dos direitos fundamentais de cada ser humano. A saúde é uma pré-condição de bem-estar e da qualidade de vida”. A Organização Mundial de Saúde na sua Carta Magna de 1946 define saúde como o estado de completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença mas um estado de bem-estar psicológico e social.

Em Portugal, nos últimos tempos, a saúde é dos temas que mais tempo tem ocupado nos noticiários dos diversos canais e, tem servido de mote para muitos artigos de jornais e revistas.

A palavra saúde, vem do latim *salutem* que depois deu origem à palavra *salut* que significa salvação.

As concepções de saúde e doença não são estáticas e variaram ao longo dos séculos e dependem do estatuto social e da profissão de quem as emite. Cada época tem as suas próprias doenças, as suas epidemias (Leandro, 2001), muitas são as definições existentes mas uma coisa é certa, para realizarmos o que quer que seja necessitamos de ter saúde, e olhamos a doença como algo de desagradável, que nos afecta e que nos impossibilita de realizar as tarefas do dia-a-dia (Pereira, 1993). Mas enfim, a doença faz parte da vida.

A doença coexiste com o Homem. A partir do momento em que o Homem desobedeceu a Deus comendo o fruto proibido surgiu a doença e com ela a morte (Livro de Génesis). Isto está subjacente ao longo do Antigo e Novo Testamento sendo no Livro do Deuteronómio (Dt 28, 21-29) que encontramos a doença como uma maldição de Deus. Deus através do profeta Moisés ditou ao povo de Israel as suas

leis e disse que cobriria de bênçãos quem as cumprisse e de maldições quem não praticasse os seus preceitos e as suas leis – “O Senhor enviar-te-á a peste, até que te faça desaparecer da terra onde vais entrar (...). O Senhor ferir-te-á com a consumpção, com a febre, com inflamações de toda a espécie, com a apatia e com a icterícia, que te perseguirão até que sucumbas. (...) O Senhor afligir-te-á com a úlcera do Egito, com hemorróidas, com sarna seca e húmida, de que não te poderás curar”.

Como ressalta Engrácia Leandro (2001), a saúde enquanto o prolongamento da vida opõe-se à doença e à morte, está presente em todos os aspectos da vida. Saúde é, para a autora (2001, 75), “sinónimo de bem-estar individual, familiar e social, sendo considerada um valor fundamental nas sociedades da modernidade, é, simultaneamente, evocada como expressão de bem-querer”. Saúde apresenta-se assim como um elemento indispensável para a felicidade de cada um (*Idem*), é um valor de referencial ao qual submetemos as nossas vidas e as organizamos através de um conjunto de práticas sociais.

Como refere Susana Duarte (2002, 13), “a saúde é uma parte da cultura dos povos” pois a doença e a construção social que dela fazemos é o reflexo da sociedade em que estamos inseridos, da cultura, da ideologia política, da religião professada, dos ideais e valores em que acreditamos e que nos são transmitidos pela nossa família e grupo social enfim, a construção social da doença, por ser também individual, depende da herança cultural de cada um. Esta opinião é partilhada por Michel Foucault (1954, 83) que afirma que “la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal”.

Em estado de doença, o qual, como já foi referido, só nos pode ser atribuído pelo médico, as atitudes e os comportamentos do indivíduo doente alteram-se, ninguém gosta de se sentir doente, de sofrer, em proporção com o estado de espírito de indivíduo e com a forma como este encara a doença (Duarte, 2002). A doença, na opinião de Balint (1998), pode ser vista como uma fonte directa de satisfação quando sentimos que necessitamos de descansar, de fazer uma pausa no dia a dia dando atenção às pequenas coisas do dia a dia para as quais nem sempre temos tempo, o que não significa que a doença não seja sinónimo de dor e sofrimento. Por outro lado, a doença permite-nos esquivar a interações que nos trazem insatisfação e frustração, como a visita semanal à sogra que detestamos. Além disso, a doença pode ser vista como uma forma de obtermos benefícios secundários tais como ir de férias quando já não temos direito a elas.

À doença é dada uma conotação negativa. Michael Balint (1998, 228) apesar de reconhecer alguns benefícios à doença, encara-a como “uma espécie de criança, neste caso uma criança anormal e defeituosa, que, ao invés de ser portadora de prazer, traz a dor e a catástrofe ao seu criador”. Esta

opinião é partilhada por Thorwald Dethlefsen (2002, 22) que apresenta uma visão religiosa da doença em que esta é tida como a forma do ser humano não esquecer que é portador de pecado ou defeito vendo-a como “o caminho que o indivíduo percorre em direcção à cura”. Este mesmo autor (*Idem*, 16) define doença como “a perda de um estado de harmonia, ou ainda, a perturbação de uma ordem mantida em equilíbrio até então”.

A doença não escolhe idades, sexo, ou estatuto social mas é vivenciada por todos embora em quantidades e de forma diferente. Walter Hesbeen (1993, 27) afirma que “a doença, qualquer que ela seja, não será vivida da mesma forma por cada pessoa, pois inscreve-se numa situação de vida única, animada por um desejo de viver também único”. Para a autora, a doença também pode ser vista como uma forma de dar um sentido diferente à vida. Vivemos o dia-a-dia sempre a correr de casa para o trabalho, do trabalho para casa, preocupamo-nos com a casa, com o carro, com as contas a pagar... e esquecemo-nos das pequenas coisas que fazem parte da vida, que nos dão tanto prazer e que nos permitem relaxar. Por vezes a doença relembra-nos que nada podemos fazer perante determinadas situações, que a vida é pequena e que cada dia merece ser vivido como se fosse o último.

A doença nasce no seio da sociedade, cada sociedade tem doenças características, a lepra e a peste negra na Idade Média, a Sida na actualidade, e ao mesmo tempo a sociedade cria os mecanismos para a eliminar, tais como o Sistema Nacional de Saúde constituído por hospitais, centros de saúde e profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas da fala, fisioterapeutas, entre outros. As doenças do século XX responsáveis pelo aumento da mortalidade foram, na opinião de Susana Duarte, as neoplasias, os acidentes, as cardiopatias, o stresse e as patologias sociais (Duarte, 2002).

Em todas as sociedades existem doenças. O mundo sem doenças é uma utopia. Claudine Herzlich (1996), defende a existência de dois mundos – o da saúde e o da doença. O mundo da saúde é social em que o indivíduo se encontra activo, inserido numa sociedade, contrapondo-se ao mundo da doença que implica o afastamento provisório do indivíduo da sociedade. Deste modo, saúde e doença são faces diferentes da mesma moeda, a referência a uma das noções pressupõe a outra, constituem a maneira como o indivíduo interpreta e se relaciona com a sociedade.

Vivendo numa sociedade desigualaria sendo a doença o reflexo da sociedade em que estamos inseridos, constatamos que a doença está distribuída de forma desigual (*Idem*). A linguagem da saúde e da doença estrutura-se através da relação do indivíduo com os outros e com a sociedade. Nem todos têm direito a ela da mesma forma, pois há muitos indivíduos que não têm poder económico para consultar médicos particulares ou ser operados em clínicas privadas. No interior do país não há

tantos instrumentos nem em tanta quantidade e variedade como no litoral. No interior não se tem acesso ao médico com a mesma facilidade das zonas industriais mas, como refere Michel Balint (1998, 231) “a doença cria uma nova situação de vida à qual o paciente tem de se adaptar” e nós acrescentaríamos que essa adaptação acontece atendendo às infra-estruturas existentes na zona do país em que se está inserido. As desigualdades existentes no nosso país em termos de saúde prendem-se também, na opinião de Jasone Mondragón (1999) não só com as diferentes acessibilidades aos serviços médicos e as diferentes eficácias na sua utilização mas também com os diferentes conhecimentos e atitudes face à saúde, com os distintos tratamentos da doença e diversas probabilidades de cura bem como as desiguais probabilidades de obter uma boa recuperação e inserção social.

As representações sociais são estudadas por vários autores sendo Serge Moscovici (1984) um autor de referência obrigatória nesta temática. As representações sociais mais não são do que o reflexo da realidade social, realidade esta que está em constante devir, tendo reverberação na forma como interpretamos os acontecimentos do dia a dia (Moscovici, 1984; Gomes, 2002). Neste sentido, a representação da saúde e da doença repercute a relação que o indivíduo estabelece com a sociedade. Tal como menciona Herzlich (1996, 178) a saúde e a doença apresentam-se sempre como uma forma de interpretação da sociedade pelo indivíduo e vice-versa e como um modo de relação do indivíduo com a sociedade. Para a autora, estudar as representações sociais da saúde e da doença é observar como um conjunto de valores, de normas sociais e de crenças culturais são sentidos e pensados e partilhados pelos indivíduos. As representações sociais da saúde e da doença não são estáticas mas criam-se e recriam-se na interação que estabelecemos com os outros pois a doença é uma realidade construída pelo doente, construção essa que está em constante devir pois as nossas ideias, percepções, quadros de referência sobre a saúde e a doença mudam a toda a hora, de acordo com o nosso estado de espírito, as nossas amizades e relações que estabelecemos com o mundo (Gomes, 2002, Duarte, 2002).

Enfim, como refere Susana Duarte (2002, 97), “estar saudável é uma construção social que ajuda a compreender o nosso lugar e o dos outros no mundo, daí que ser considerado saudável (...) torna-se um código moral”.

A saúde e a doença fazem parte da vida humana e manifestam-se no corpo daí a interligação entre saúde e realização pessoal. Neste sentido podemos afirmar que a saúde e a doença influenciam a forma como o indivíduo interpreta e se relaciona com a sociedade.

É no corpo que a doença se manifesta e essa manifestação tende a ser maior quanto mais velhos somos. O envelhecimento é um processo natural a que ninguém pode fugir e é no corpo que o envelhecimento se reflecte. Como alguém disse, “o corpo é o reflexo da alma”.

### 3.2.2 – A condição de doente

A doença depende de comportamentos e condutas de cada um e envolve, segundo Claudine Herzlich (1996), dois comportamentos – a ida ao médico para a realização de um diagnóstico e consequente atribuição de um nome à doença e a interrupção da actividade profissional. É através desta interrupção que o indivíduo assume o que Talcott Parsons denominou de papel de doente que permite ao indivíduo retirar-se dos outros papeis que desempenha no dia a dia.

A doença está relacionada com o que Claudine Herzlich (1996) denomina “fond de santé” sendo que, quanto menor for este fundo de saúde do indivíduo maior será a probabilidade deste adoecer. Grossman (*apud* Duarte, 2002) tem opinião idêntica defendendo que cada indivíduo tem um stock de saúde que se vai desgastando ao longo da vida dependendo dos modos de vida do indivíduo e do investimento que é feito em termos de saúde. Quanto maior for o investimento em saúde (consultas de rotina, hábitos alimentares saudáveis, entre outros) maior será o stock de saúde logo, menor será a probabilidade de adoecermos.

Claudine Herzlich (1996) afirma que a saúde e as doenças são vividas pelos indivíduos como universos de comportamentos e de condutas e não como estados, tal como defende a Organização Mundial de Saúde - saúde é o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social. De facto, quando doentes agimos de forma diferente, uns interrompem a sua actividade profissional, outros desempenham as suas actividades sociais habituais. Daí que a autora afirme que a doença não torna um indivíduo doente.

Na opinião da autora, Claudine Herzlich, é a actividade e a inactividade profissional que nos permitem definir a doença e a saúde como condutas e não como estados orgânicos. Quando a conduta e o estado orgânico se juntam a doença instala-se ficando o indivíduo impotente face às manifestações orgânicas da doença. A experiência da doença caracteriza-se pela exclusão social, inactividade e dependência e, na maior parte dos casos, é tida como uma situação que não traz benefícios para a vida do indivíduo.

Quando adoecemos nem sempre optamos pela cura da ciência médica mas podemos recorrer ao esoterismo, à ciência ou à religião separadamente ou em simultâneo. O esoterismo é um modo de pensar e de interpretar o mundo partilhada por médiuns, acupunctores, feiticeiros, entre outros. Estes métodos esotéricos vêem o doente como uma totalidade física e espiritual integrado no cosmo. Cada tratamento é adaptado ao indivíduo como um todo. A ciência baseia-se no conhecimento médico experimental moderno e a religião refere-se à via experiencial denominada Fé em que o indivíduo acredita numa entidade divina a quem faz pedidos, sacrifícios e reza. Recorre-se ao médico e ao curandeiro e, pelo meio ainda se vai à Igreja fazer promessas e colocar velas. Não se opta unicamente por uma via para a cura mas por duas ou três vias, dependendo de cada um o que demonstra que ainda se mantém o respeito pelas tradições e valores de antigamente. A escolha realizada depende do meio em que o indivíduo se insere, do grau de informação que possui e do grau de ansiedade desencadeado pela doença. O sucesso do processo de cura é influenciado pela vontade do indivíduo em se curar e pela convicção de ter escolhido a via da cura mais adequada. É porque existem diferentes representações de saúde e de doença que existem clientes para todo o tipo de práticas médicas (Pereira, 1993).

Berta Nunes (1987) também defende a ideia que os doentes tem o direito de optar pelo tipo de cura que consideram ser o mais adequado dependendo o êxito da cura da crença de cada um baseada no conhecimento das práticas e dos padrões culturais da comunidade em que se insere.

### **3.2.3 - A saúde e a doença na família**

A família é condição de existência da sociedade. Constituir família é um dos direitos consagrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem. Conforme a sociedade e as normas sociais por ela definidas define-se família e, apesar desta diversidade familiar todas as sociedades atribuem à família funções de socialização, reprodução e sobrevivência (Leandro, 1995).

Cada país europeu tem as suas políticas familiares existindo aspectos comuns entre estes países – o estado respeita o indivíduo e este responde perante o estado enquanto indivíduo e não enquanto família, situando-se esta última numa situação intermédia entre o indivíduo e o estado. A família é o suporte afectivo do indivíduo contribuindo para que este alcance a felicidade (*Idem*).

A família é uma realidade que, na opinião de Engrácia Leandro (1995), tem resistido à erosão do tempo, ao desgaste das conjunturas e à influência efémera das modas e das circunstâncias.

A doença influencia o modo como a família se organiza em redor da doença. A doença afecta não só o indivíduo doente como a sua família. As percepções e convicções da família sobre a doença mudam quando a experienciam, podendo a família usar respostas alternativas no alívio da dor e do sofrimento. Costuma-se dizer que “o médico prescreve e a mulher executa” (McWhinney, 1994).

Com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e com a alteração da estrutura familiar a cura da doença que ocorria no seio familiar e era responsabilidade da mulher passa a constituir um problema para a família pois a mulher já não tem disponibilidade para cuidar dos seus familiares doentes porque já tem uma ocupação profissional. Por outro lado, assiste-se a uma política de redução do período hospitalar, o que significa que os indivíduos são devolvidos à família (Leandro, 2001).

É a família que se ocupa dos indivíduos quando estes necessitam de actos médicos, estabelecendo-se assim um triângulo de mediação entre médico-doente-família onde a família, muitas vezes desconhecadora da ciência médica, desempenha, através de alguns dos seus membros (mãe, irmã, avó), um papel primordial no restabelecimento da saúde (*Idem*).

Embora cada vez mais a mulher acompanhe o homem no trabalho exterior, hoje em dia, tal como antigamente, em termos sociais, é à mulher que se exige maiores responsabilidades em questões de saúde e de doença. Enfim, como refere Engrácia Leandro (2001, 89), “a divisão sexuada do trabalho doméstico, tanto ontem como hoje, faz da mulher um actor primário de promoção de saúde, no interior da família”.

Os estudos sobre a influência de factores familiares na manutenção da saúde e na reacção face à doença tem-se intensificado. As condutas e vivências face à doença têm raiz na família que é o núcleo central do doente.

A doença vive-se em contexto familiar. Investigadores como L. F. Berkman (1984) e L. Bozzini e M. Renaud (1987) (*apud* Leandro, 2001) têm revelado que o suporte social, onde incluímos amigos, familiares, vizinhos, que os indivíduos dispõem influencia o estado de saúde ou doença dos indivíduos. Desta forma, quanto maior forem os níveis de integração e os suportes de apoio social, afectivo, cognitivo, material e normativo maiores são as probabilidades de vencer a doença.

A família é condição de existência da sociedade. Apesar da diversidade familiar, todas as sociedades atribuem à família funções de reprodução, de socialização e de sobrevivência. Cabe à família a função social e cultural dos indivíduos através da linguagem, das crenças, das representações da sociedade, do além e dos valores. São os laços de sangue que se impõe (Leandro, 1995).

A família desempenha assim um papel preponderante na cura dos seus elementos e, para isso é necessário que a família se submeta a algumas mudanças subtis ou dramáticas consoante o estado



de saúde dos seus membros e a necessidade, ou não, de hospitalização, podendo verificar-se inversões de funções nas tarefas diárias. Deste modo, “as necessidades da família variarão desde o princípio da doença” (Kubler-Ross, 2000, 165).

Quanto mais elevados forem os níveis de escolarização e de condição social maiores são as preocupações demonstradas com a saúde em termos de alimentação, higiene, recorrência ao médico e de adesão às orientações deste (Leandro, 2001).

Sendo a família uma realidade que resiste à erosão do tempo, ao desgaste das conjunturas e à influência efémera das modas (*Idem*, 1995), a acção da família é fundamental quer na recuperação da doença quer na prevenção da doença, porém não podemos ignorar que “doença e saúde exigem uma co-responsabilidade de cada um de nós em particular e da sociedade em geral” (Meneses, 1995, 107).

### 3.3 – O corpo

*“O corpo de cada homem detém uma parte da memória universal”*

*Braunstein, 1999, 13*

O que é hoje a nossa corporeidade? Ela é, sem dúvida o resultado dos avanços científicos, tecnológicos de disciplinas como a engenharia genética e a biologia molecular, característicos da época em que vivemos. Neste sentido podemos afirmar que o corpo é cultural pois é o resultado da sociedade em que estamos inseridos, é o reflexo do comportamento social dos indivíduos inseridos em grupos logo, na opinião de Florence Braunstein (1999, 10) o corpo “está dentro da nossa vida quotidiana, nas suas relações de produção e de troca, é um meio de comunicação, por meio do uso de um certo número de sinais ligados à linguagem, aos gestos, às roupas, às instituições, às percepções que temos da realidade”.

Falar em corpo só faz sentido quando referenciado a alguém. Corpo com órgãos, corpo que age de acordo com a sociedade em que se encontra. Corpo é um fenómeno com diversas facetas nomeadamente a da desigualdade social pois a forma como olhamos o corpo pode ser indicativa da pertença de classe. Se em meios mais desenvolvidos o corpo é visto numa perspectiva estética, em meios com carências económicas o corpo é um instrumento de trabalho imprescindível à sobrevivência (Resende, 1999).

O corpo, afirma Maria Augusta Babo (2001), transporta consigo marcas de vivências acidentais e estigmatizadas. O corpo que fazia parte da esfera privada passa para a esfera pública, havendo uma subordinação do corpo ao olhar do outro nesta era de corporeidade. Erving Goffman (1961, 277) define “corpo como um bem que pode ser consertado”. O corpo é assim (*Idem*, 278) “um bem que não pode ser deixado aos cuidados do servidor, enquanto o cliente cuida de suas outras atividades”.

Como refere José Resende (1999, 16) “o corpo socializado apreende os usos das técnicas corporais de acordo com os contextos culturais onde se encontra inserido”. Independentemente da época em que estamos inseridos, somos um corpo dentro de uma comunidade com determinados hábitos culturais, usos e costumes, com uma determinada linguagem e percepção da realidade. Independentemente da época e sociedade em que nos encontramos, o corpo está patente em áreas como a literatura, a filosofia, a ciência, a medicina, a arte, pois o corpo é, desde a antiguidade grega e latina, fonte de inspiração e reflexão da filosofia, das ciências humanas, e mais recentemente da psicologia, da sociologia, e da antropologia, e objecto de inspiração estética.

Roland Barthes fala num corpo subjectivo sendo que, segundo Andreia Brites (2001, 17) “o texto-corpo é uma expressão do homem-corpo, na sua globalidade sensorial, afectiva, racional e ética. Isto significa que o corpo barthiano reúne no seu significado, ou na sua estrutura, o corpo subjectivo do autor projectado na sua obra, bem como a obra em si”. Barthes (*apud* Brites, 2001, 17) refere-se ao corpo dizendo que “tenho um corpo digestivo, um corpo nauseável, um terceiro susceptível de

enxaquecas, e assim por diante: sensual, muscular (a mão do escritor), secreto e principalmente emotivo: que é emocionado, movido, ou calcado ou exaltado, ou aterrorizado sem que isso se note. Por outro lado, sinto-me cativado até ao fascínio pelo corpo socializado, o corpo mitológico, o corpo artificial (o dos «travestis» japoneses) e o corpo prostituído (do actor). E além desses corpos públicos (literários, escritos) tenho, se assim poderei dizer, dois corpos locais: um corpo parisiense (desperto, cansado) e um corpo campesino (repousado, pesado)”.

Os cristãos identificam dois corpos de um só Deus, o corpo terreno de Jesus Cristo, quando este veio à Terra e no-lo ofereceu para nos salvar, sacrificando – o, e o corpo místico de Deus, que é a Igreja na sua caminhada histórica. O corpo de Deus patente na Eucaristia, que nos é dado na hóstia e no vinho são, na fé cristã, o verdadeiro corpo cristão, o verdadeiro corpo daquele que se sacrificou na sua cruz por nós. Liturgicamente, o corpo de Cristo nasce no Advento e morre na Quaresma.

Cristo, na sua passagem pela Terra, demonstrou alguma preocupação com o corpo, prova disso são os inúmeros milagres que realizou e que se encontram descritos ao longo da Bíblia (Resende, 1999). Na Bíblia estão descritas curas milagrosas, feitas por Cristo, ao corpo e à alma, o que demonstra que a preocupação com o corpo não é recente. São Mateus descreve, nomeadamente, a cura realizada por Jesus ao epilético (Mt, 17, 14-19) e a dois cegos de Jericó (Mt, 20, 29-34). São Lucas descreve a cura a um hidrópico (Sl, 14, 1-6). São João faz referência à ressurreição de Lázaro (Jo, 11, 1-44). Estes foram alguns, de entre muitos, dos milagres realizados por Jesus na sua passagem pela Terra.

Por sua vez, é curioso o facto de o corpo não ter sido objecto de estudo da sociologia tradicional, que ignorou a inter-relação simbólica entre os corpos. Mas se a Sociologia e a História ignoraram durante muito tempo o corpo, o mesmo não fez a Antropologia que sempre se ocupou do corpo e seu simbolismo nas pequenas sociedades.

Em Erving Goffman (1961) o corpo manifesta-se nas interacções diárias que são sempre fachadas. Em cada fachada o actor social encarna uma determinada aparência e uma maneira de ser de acordo com o cenário em que se encontra.

A aparência reflecte o estatuto social do actor e o papel (formal ou informal) que ele desempenha e a maneira refere-se ao papel da interacção que o actor vai desempenhar. Para determinada aparência podemos desempenhar vários papéis, o papel de simpático, arrogante, amigo, entre outros, que são acompanhados por uma determinada interacção que implica que o corpo se comporte de determinado modo.

No nosso quotidiano todos necessitamos de fachadas, esta esconde algumas coisas e mostra outras logo, a representação pressupõe uma escolha. Para que essa representação se torne real é necessário que o actor social leve a cabo uma dramatização expressiva, que mais não é do que práticas como a mentira, o exagero, a convicção com que se diz algo, a emotividade usada. Nas interacções sociais a linguagem, os gestos, posturas corporais são parte integrante de um papel social de um actor visando esconder quem somos e quais as nossas intenções enfim, visam mostrar apenas aquilo que o actor quer transmitir.

São muitas as representações falsas que levamos a cabo diariamente em relação à doença corporal, pomos uma prótese para substituir a perna que perdemos, pintamos o cabelo para não deixar transparecer a idade que temos, fazemos operações estéticas para corrigir pequenos defeitos corporais, entre outras. Enfim, através das fachadas escondemos a informação verdadeira face ao nosso corpo e transmitimos informação falsa (Goffman, 1961).

Michel Foucault na obra *O Nascimento da Clínica* (2000) defende a necessidade de adoptar uma nova forma de olhar o corpo do paciente, que coincide com o advento do capitalismo, através da vigilância. O autor atribui grande importância ao corpo afirmando que este é construído através do discurso. Aliás o autor debruçou-se sobre o estudo das representações médicas, discursos estes que visam a disciplina e o controlo dos seus pacientes.

No âmbito das conferências realizadas no Porto 2001, “O Futuro do Futuro”, David Le Breton (2001), estudioso do corpo, considera-o, entretanto, como um acessório de presença, “algo a ser consertado, completado ou aniquilado”. O corpo enquanto espaço de identidade deu lugar a uma espécie de acessórios de presença pois, como refere o autor, “o corpo acabou por ficar anacrónico, fora de moda, um autêntico fóssil ou algo à beira de extinção”. Daí a importância atribuída à cirurgia estética, às tatuagens, aos implantes, aos “piercings”, aos regimes alimentares, ao transexualismo. Neste sentido, o corpo aparece “como um rascunho que precisa ser corrigido, ou até mesmo aniquilado”. Denota-se assim uma insatisfação com o próprio corpo, uma tentativa de controlo do corpo já que não controlo o mundo, daí a necessidade de o mudarmos através, por exemplo, de marcas corporais como as tatuagens ou os “piercings”,

Actualmente, quer a genética quer a “cybercultura” assentam na ideia de que o corpo deve ser erradicado ou transformado. O homem do futuro estará em comunicação permanente mas para que esta comunicação ocorra o homem tem que se libertar do seu corpo, o qual é um obstáculo à comunicação. David Le Breton (2000) defende que “el cuerpo del outro será un día un disquete, un fichero, un programa, un site”.

Para David Le Breton (1998) a existência humana é, primeiramente corporal logo, com a doença o corpo torna-se fragilizado, especialmente quando nos referimos à última fase da vida – o envelhecimento. Com a especialização da medicina esta tende a ocupar-se apenas do corpo esquecendo a pessoa que está por trás desse corpo pelo que, o autor chama a atenção para o facto do homem ser um ser de relação. Pretende devolver ao idoso a imagem do seu próprio corpo, a sua identidade através de uma série de estratégias tais como a integração social do idoso através do restabelecimento das relações familiares, modificando os lares de forma a tornar a institucionalização mais personalizada, adoptando a prática de exercício físico, nomeadamente através da ginástica adaptada, dando atenção ao vestuário e ao cabelo isto é, à aparência física de forma a que os idosos sintam vontade de viver e queiram fazê-lo.

Sem dúvida que o corpo é um instrumento de comunicação, pois como refere Erving Goffman tudo em nós comunica. O corpo comunica mesmo uma linguagem silenciosa (Hall, 1959). Luís Cascudo (1976, 6) afirma que “o gesto é anterior à palavra (...) é a comunicação essencial, nítida, positiva”. Antes do desenvolvimento da linguagem o homem já comunicava por gestos, havendo uma simbologia própria do gesto.

Nas interações que estabelecemos com os outros os actores desempenham um conjunto de papéis que ajustam às diversas situações com que se deparam (Goffman, 1975) não comunicando apenas através da linguagem pois o corpo também comunica. Existe uma ligação entre a linguagem e os gestos. Edward Hall (1959, 11) afirma que “para além da nossa linguagem verbal, comunicamos constantemente os nossos verdadeiros sentimentos através da linguagem do comportamento”.

Marcel Mauss (*apud* Baudrillard, 1995) fala em técnicas de corpo e por elas entende as maneiras como os homens, de acordo com a sociedade em que se inserem, sabem servir-se do seu corpo.

O corpo doente carrega consigo os sinais de determinada doença que serão transmitida de modo diferente atendendo à personalidade, experiência, vivência e crenças da pessoa que personaliza determinado corpo através de gestos ou posturas corporais. Cada pessoa vive a sua doença de modo singular e único, não havendo assim formas iguais de viver uma mesma doença.

José Gomes (2003, 136) defende a ideia de que “o corpo fala. O corpo traduz o que as palavras calam. O corpo é o inconsciente”. O corpo é assim objecto de significações diferentes.

### 3.3.1 – O lugar do corpo ao longo da história

O corpo conta uma história. Cada corpo, inserido numa determinada época e grupo social conta a história política, social, cultural e económica do seu tempo, como refere Maria Augusta Babo (2001) tem vivência. O corpo é assim um modo de identificação das diferenças que caracterizam cada uma das épocas. É uma construção individual e social. Como refere Ieda Tucherman (1999, 106) o corpo é “o limite que separa o sujeito ou o indivíduo do mundo e do outro, lugar de onde se pode determinar a alteridade”.

Os usos sociais do corpo têm-se alterado ao longo dos tempos. Norberto Elias (1989) afirma que a socialização e educação do corpo está associado ao surgimento das condições sanitárias.

Paulo Silva (1999) fala numa cartografia corporal afirmando que o corpo humano é aquele que mais se relaciona com o lugar que ocupa logo, são muitas as trajectórias e as relações que o corpo assume. Os lugares por onde o corpo passa organizam-se em mapas e o corpo assume-se como um agente e objecto de conhecimento. Para o autor (1999, 34) a linguagem também se assume como um lugar que o corpo ocupa e, neste sentido, o corpo “é, simultaneamente, uma metáfora do conhecimento, da aquisição do conhecimento (mais espaço, mais olhares), e um território de conhecimento (o de um corpo que funciona no limite da sua fisiologia)”.

Há épocas em que o corpo é como que silenciado (Hall, 1959) e outras, como a que vivemos, em que o corpo é reinventado (Ieda Tucherman, 1999). Pretendemos, de forma geral, referir e compreender as tendências que o corpo tem assumido e as relações que tem estabelecido com o mundo que o rodeia. Começamos assim com a Grécia antiga e os seus mitos e terminamos com a influência do progresso e dos avanços tecnológicos e científicos no corpo.

### **3.3.1.1 - O culto do corpo na Grécia antiga**

Não podemos apresentar a noção de corpo presente na Grécia sem falar na sua forma de pensamento e cultura e não podemos esquecer que muita da nossa herança cultural advém da civilização grega. O pensamento grego baseia-se na racionalidade matemática e geométrica e acredita no valor da experimentação e da observação. Filósofos como Anaximandro, Anaxímenes e Tales, da escola de Mileto colocam questões sobre a natureza e já não sobre a mitologia. Estamos assim perante um pensamento racional, argumentativo, segundo os critérios do logos definidos por Heraclito em que o homem se encontra no centro de tudo.

Os gregos davam muita importância ao corpo pois era através deste que se assemelhavam aos deuses, a uma actividade religiosa. Podemos então falar na dualidade corpo/ alma sendo que apenas a alma podia conduzir à verdade, ao conhecimento, à aletheia, contrariamente ao corpo que era tido como um conjunto de órgãos. O objectivo final do corpo é alcançar a alma que corresponde à verdadeira vida e o corpo é apenas um instrumento. Os gregos preocupavam-se assim em cultivar quer o corpo quer a alma.

O culto da alma era feito através da leitura de obras como Édipo, Antígona, Fedra e Medeia para desenvolverem a arte da argumentação, aritmética havendo uma preocupação com a geometria e a gramática.

“O corpo é um meio de valorizar o que é belo, mas não unicamente através da arte” (Braunstein, 1999, 24) mas também da poesia e da pintura. São os gregos que estabelecem os princípios artísticos que se desenvolverão posteriormente no Renascimento e no Classicismo sendo com a arte grega que o corpo se liberta de constrangimentos havendo uma valorização do nu, que pode ser encontrado nas pinturas de Pompeia e Herculano (período helenístico, século III). Há assim uma ligação entre o erotismo e o estetismo pois detém a noção de Belo daí que possamos afirmar que a noção de corpo assenta na ideia de harmonia e de racionalidade.

O corpo também se encontrava presente na literatura, em obras como as de *Ilíada* ou *Odisseia*, nas personagens míticas como Aquiles, Hércules, Édipo ou Orfeu.

Havia uma preocupação com o corpo físico daí que a educação dos gregos assentasse na prática física com especial destaque para a ginástica, sendo através destas práticas que adoptavam normas de higiene, de ética e de estética do grupo. Valorizava-se o corpo escultural que se acreditava ser semelhante ao dos deuses mas para que o corpo fosse belo era necessário ter saúde, “o corpo masculino é exaltado em permanência pela sua força, a sua virilidade, erigido em modelo de beleza dado a ver à totalidade dos guerreiros” (*Idem*, 57), daí que a prática do desporto (lançamento do dardo, a luta, o pentatlo, o pugilato, o pancrácio, entre outros) fosse uma constante aliás, foi neste período que nasceram os Jogos Olímpicos.

O cuidado com o corpo não era descurado, não só como já vimos através da prática do exercício físico como também com a fricção de óleo doce, entre outras. O banho era uma prática constante havendo um cuidado especial com a barba e o bigode apesar de não dedicarem grande atenção à higiene oral. Deste modo, “a necessidade de saúde estava inextricavelmente ligada ao culto do corpo, que era uma actividade essencialmente religiosa” (*Ibidem*, 74).

A educação do adolescente era transmitida por um adulto numa relação sexual pessoal não remunerada. Nesta forma de amor característica da época o corpo assume uma função educadora em que o adulto transmitia ao adolescente qualidades de guerreiro, rectidão moral e ética e o adolescente aprende imitando os mais velhos nas actividades sociais que são o clube, o ginásio, o banquete”. O corpo na Grécia estava assim relacionado com a pedagogia pois a própria sociedade elevava “o amor dos rapazes a uma pedagogia, um método de ensino acompanhado de uma moral” (*Ibidem*, 58).

Esta relação homossexual entre discípulo/ mestre foi posteriormente criticada pelo Cristianismo.

A ciência e a religião andavam de mãos dadas sendo no século IV que nasce a medicina. Até este século, quando se encontravam doentes eram tratados pelo demiurgo, segundo a designação de Homero, que viajava pelo país curando através de bálsamos, unguentos e instrumentos de cirurgia. Tal como acontece actualmente, os gregos também recorriam aos deuses, a Apolo o deus das doenças. Só na época de Tales é que se começa a pôr de lado as práticas religiosas e mágicas e se começa a reconhecer a importância de se conhecer o corpo. O pai da medicina foi Hipócrates de Cós.

A Grécia confere ao corpo uma noção organizada através de Aristóteles, separando o corpo da alma (Platão). O século XIX valoriza e, em parte, imita o atleta grego e, por outro lado, as personagens da mitologia grega continuam a povoar o nosso imaginário (Braunstein, 1999).

### **3.3.1.2 - O corpo cristão da Idade Média**

O *livro do Génesis* descreve a criação do mundo e do Homem (Gn 2, 1, 26-28). Nele se afirma que o corpo é obra de Deus, pois Deus disse: “Façamos o homem à Nossa imagem, à Nossa semelhança, para que domine sobre os peixes do mar, sobre as aves do céu, sobre os animais domésticos e sobre todos os répteis que rastejam pela terra. Deus criou o homem à Sua imagem e semelhança, criou-o à imagem de Deus”. O corpo foi assim criado à semelhança de Deus. Os cristãos aceitam que têm um corpo feito à semelhança de Deus, Criador de todas as coisas, visíveis e invisíveis.

O corpo era a encarnação do pecado, do mal. Estamos perante um corpo que tem que praticar o bem, as boas acções para alcançar a vida eterna junto de Deus. A doença, a dor era vista como um castigo (Gn, 3, 16-17) e o corpo como um objecto pecaminoso. Esta última ideia está patente em S. Paulo, na Epístola aos Coríntios (Cor 6, 6, 13-20) onde se afirma que “O corpo não é para a imoralidade” (Cor, 6, 13-14), “Fugi da imoralidade. (...) aquele que pratica a imoralidade, peca contra o seu próprio corpo” (Cor, 6, 18-19).



A Idade Média é a época do pudor, da dignidade do corpo, sendo apenas em fins do século XVI que se começa a abordar o tema da sexualidade na literatura (Braunstein, 1999). Ieda Tucherman (1999, 64) fala de um corpo “perecível, atraído para baixo pelos pesos, pela opacidade da substância carnal, lugar de tentação; das suas partes inferiores surgem as pulsões incontrolláveis, nele se manifestando o que depende do mal pela doença, pela corrupção, pelas purulências, das quais nenhum corpo escapa, nele se devem aplicar os castigos purificadores que expulsam o pecado, já que o espírito é imortal e aspira à perfeição celeste”.

Os cristãos da Idade Média acreditavam em Jesus, filho de Deus, que por amor aos homens se tornou homem de corpo e carne vindo ao mundo para nos salvar, morrendo na cruz. O corpo é assim visto como a fonte de todos os pecados.

Artistas como Bosch traduziram para a pintura esta mentalidade que se vivia.

A religião influencia as práticas e representações do corpo em determinados momentos, a Páscoa em que nos abstermos de ingerir determinados alimentos (*Idem*).

O jesuíta, P. Carlos Carneiro refere que a ausência da actividade sexual na era cristã era tida como condição imprescindível para alcançar uma espiritualidade profunda. Defende (2001, 21) que “a sexualidade tem uma componente sagrada que importa recuperar. O corpo é muito mais do que a sua forma e o prazer só é pecado quando contradiz a condição amorosa e livre do ser criado” e, neste sentido, afirma que o caminho da santidade passa por uma relação sexual comprometida consigo mesmo e com o outro, justa e verdadeira.

A doutrina cristã defende a igualdade entre homens e mulheres afirmando que todos os corpos são iguais, nem feios nem bonitos e que, para se tornarem cristãos devem passar por uma série de fases – baptismo, eucaristia, confirmação, penitência, matrimónio ou ordem, santa unção - que devem acompanhar o cristão ao longo da vida (Braunstein, 1999).

Na Idade Média, o corpo também se encontra presente na literatura trovadoresca. As cantigas de amigo galego-portuguesas descrevem um universo feminino havendo poucas referências explícitas ao corpo o que se explica atendendo à sociedade em que estas cantigas foram produzidas, sociedade esta dominada pela instituição eclesiástica.

As Cantigas de Amigo referem-se a raparigas que falam dos seus amores quase sempre de difícil concretização, havendo referências directas a algumas partes do corpo feminino, tais como os olhos, o cabelo, ao coração e à cinta (Costa, 2001).

### 3.3.1.3 - O corpo no mundo moderno

Com o renascimento a razão passa a ocupar o lugar central. Há uma preocupação com o corpo não enquanto fonte pecaminosa mas enquanto representação (Braunstein, 1999).

Nos princípios do século XVIII, o homem era tido como um estrangeiro em relação ao seu corpo, sendo o corpo o resultado da herança de cada um a qual assegurava as diferenças sociais que impossibilitavam a mudança do estatuto que lhes era transmitido. Nesta sociedade a aristocracia dispunha de um lugar privilegiado e de “um corpo de ostentação forjado por mecanismos artificiais ou exercitado em práticas físicas raras, subordinado a normas de cortesia, enobrecido por um conjunto de técnicas capaz de se libertar, como se dizia, das condições miseráveis e grotescas do homem comum” (Crespo, 2001, 34). As técnicas corporais usadas pela aristocracia, esgrima, equitação, dança, normas e comportamentos sociais específicos, eram uma forma de distinção social. Progressivamente a preocupação com a higiene colectiva vai-se instalando traduzindo-se em novas políticas e representações do corpo, a primazia dada ao corpo em detrimento de artificialismos. Nos finais do Antigo Regime o corpo já não se limita a determinadas regras sociais mas adapta-se às vicissitudes da vida (*Idem*).

Na literatura assistimos a um redescobrir do corpo, este é descrito sobre todas as formas, nomeadamente a feminina, o que constitui uma novidade. Assistimos assim, embora em vertentes diferentes, a um ressurgir do corpo da antiguidade grega, através das estátuas. A individualidade é marcada pelo corpo, o corpo inserido numa determinada sociedade age de acordo com as normas dessa mesma sociedade. O corpo é assim educado, como declara Braunstein (1999, 115) “educar um corpo significa assim transmitir uma ética, um património”.

Descartes põe de lado o conhecimento sensível em detrimento do conhecimento baseado na razão. Espinosa reflecte sobre o que é útil ao homem pois este não é livre só alcançando essa liberdade através do conhecimento. Espinosa ao afirmar que é através do corpo que captamos a experiência coloca um ponto final no domínio da experiência sobre o corpo. Numa época de transformações o homem é tido como um sujeito pensante detentor de um corpo e de uma alma.

Com o renascimento, os pintores preocupam-se não só com a vida e o movimento dos corpos mas também com o rosto e os espaços em que as personagens se situam. Atente-se a pintura de Miguel Ângelo, o São Jerónimo, em que há uma preocupação com os músculos e os tendões do rosto o que demonstra a preocupação em pintar com veracidade (*Idem*).

O pintor existencialista Diego Velázquez que nutria um sentimento especial por anões apresenta nos seus quadros uma estética diferente “em que o feio se expõe de forma frontal e sem pudor, com uma quase arrogância (...). O que vemos ali não são anões, são ideias e sentimentos presos numa forma que não é aceite no seu mundo” (Ramos, 2001, 57).

Surge uma nova abordagem do corpo, o maneirismo, que se caracteriza por uma abordagem diferente ao corpo baseada na ficção em que os corpos aparecem deformados ou alongados (Braunstein, 1999).

O corpo do homem das luzes é um corpo socializado pois o homem não vive isolado mas em comunidade e, como tal, o seu desenvolvimento é social (e não individual) e moralizado quer pela pintura quer pela literatura no sentido em que se descreve ou pinta sentimentos e paixões da vida quotidiana em que o homem ocupa um lugar central.

O vestuário ocupa um papel central na sociedade, revelando aquilo que o homem é. Neste mundo em transformação surge um novo olhar sobre o corpo, havendo o que Florence Braunstein (1999) apelida de jogos de espelhos entre o ser e o parecer, sendo importante a posição social que se ocupa. O corpo é representado em óperas, tragédias, dramas e comédias.

Da Filosofia surge uma concepção de homem livre e autónomo que faz o seu próprio caminho. Simultaneamente a razão critica a religião em vários aspectos tais como o milagre e o sobrenatural (*Idem*).

### **3.3.1.4 - O corpo no mundo contemporâneo**

No fim do século XVIII a medicina constitui-se como ciência do corpo que conhecerá posteriores desenvolvimentos (Braunstein, 1999). É nesta época, por volta de 1750, que surge o papel descartável, os penicos começam a ser esvaziados diariamente, criam-se novos hábitos de vestir usando tecidos como musseline e algodão deixando o corpo mais saudável porque mais livre para respirar. Simultaneamente os banhos voltam a ser moda, depois de terem sido, de certa forma, postos de lado na Idade Média. A higiene torna-se realidade nos centros urbanos, denotando-se assim uma preocupação em manter o corpo limpo e saudável através de práticas de limpeza como a drenagem de buracos, que tornam as ruas mais limpas.

Os cafés surgem no século XVIII através dos ingleses sendo um espaço político onde se discutiam ideias sobre política. Só em finais do século XIX é que o café deixa de ser um espaço dedicado apenas à política para se tornar num lugar de convívio e de conversação (Vigarello, 1985).

O séc. XIX põe-nos diante de um sujeito pensante. Para Florence Braunstein (1999) não podemos falar da realidade humana sem falar do corpo pois o corpo é um intermediário entre o mundo e a pessoa. Para a autora (1999, 141) o corpo é um “local de encontro, ponto de interações permanentes entre o cultural e o social, tanto no plano das práticas como no das representações”.

A literatura do século XX sofre alterações que acompanham as mudanças políticas, sociais e económicas com a Segunda Guerra Mundial. Antes desta guerra o corpo é o reflexo do social havendo uma proliferação da ciência e de revistas científicas o que irá influenciar a literatura e a maneira de dizer o corpo. Após a Segunda Guerra Mundial a literatura e a música vão reflectir a alegria de viver. Surge o Jazz, os escritores retomam os mitos do teatro antigo, rejeitam-se as ideias do racionalismo e renova-se o sentimento religioso. No pós guerra, o corpo converte-se num bem de consumo, numa mercadoria e o homem num ser mutilado (*Idem*). Na literatura, a descrição de paixões e de jogos de sedução e afecto aliados a uma subjectividade corporal tornam o corpo uma realidade presente (Cruz, 2001, 66).

O realismo é a corrente dominante na pintura sendo Daumier e Courbet alguns dos pintores desta época. Nas suas pinturas retratam os homens nas suas vidas quotidianas. Outra corrente é o naturalismo que representa homens e mulheres como vieram ao mundo. O cubismo, do qual Picasso é o principal representante, usa o corpo como assunto principal de investigação, sofrendo sucessivamente espantosas transformações ou deformações” (Braunstein, 1999). O corpo é representado através de linhas, de figuras geométricas, e ângulos agressivos. Outras poderiam ser as correntes referidas mas ficamo-nos por estas.

Sem dúvida que os progressos da medicina foram importantes devido aos avanços da tecnologia, tais como os raios X, vão permitir conhecer melhor o corpo e ajudar a detectar mais rapidamente as doenças, verificando-se assim muitos progressos terapêuticos. As grandes descobertas da biologia, tais como as investigações no campo da genética e da recente descoberta do código genético, vão contribuir para os progressos terapêuticos.

Técnicas como a inseminação artificial e a clonagem vão levantar questões de ordem ética envolvendo na discussão disciplinas como a bioética, o direito e a religião. Deste modo, “a inteligibilidade da corporeidade é tributária da aparelhagem tecnológica que decerto permite compreender, assistir, cuidar do corpo, mas pode com a mesma facilidade manipulá-lo” (*Idem*, 184).

Estamos assim perante a complexidade do corpo humano, corpo este desmembrado em diferentes partes, cada uma delas com funções diferentes (*Ibidem*).

### 3.3.1.5- O corpo na actualidade

Todos temos direito a ter um corpo, direito esse consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem. O corpo, além de ser propriedade de cada um, exige determinados cuidados e respeito por ele, sob pena de sermos marginalizados pela sociedade. É responsabilidade de cada um cuidar do corpo que tem através da prática do exercício físico, de uma alimentação saudável, da visita regular ao médico, entre outros. Alias, “a nossa política, como a nossa moral, não se cansam de nos responsabilizar pela sua posse numa medicalização médica que impregna todos os discursos, fazendo do corpo a nova religião” (Tucherman, 1999, 153).

Na actual era da corporeidade o corpo faz parte da esfera pública, havendo uma subordinação do corpo ao olhar do outro. Através do corpo é visível toda uma vida de alegria, de sofrimento, de desejo e de apropriação de informação. Deste modo, “o corpo é o unificador por excelência da experiência vivida” (Babo, 2001, 258). Corpo e linguagem estão intimamente associados pois o corpo tem a capacidade de captar os signos e de produzir significância.

Na filosofia de Emmanuel Lévinas (1988) tudo anda em torno do Rosto e do Outro. O Rosto faz parte do nosso corpo, é uno, único e irrepitível e manifesta-se por si mesmo traduzindo simultaneamente a sua força e superioridade. O Rosto é a dimensão do outro sendo através do Rosto que o outro fala, que se exprime.

O corpo na actualidade é, na opinião de José Resende (1999, 16) chamado a actuar, “a olhar, a imaginar, a saudar, a exaltar, a cuidar, a melhorar, a emagrecer, a engordar, a manipular, a manejar, a treinar, a exercitar, a jogar, a indicar, a sorrir, a seduzir, a excitar, a transformar, a representar, a acrescentar, a queimar, a cortar, a massajar, a comer, a gritar, a esbracejar, a castigar, a punir, a desfazer, a comungar e a salvar esse objecto a que chamamos corpo”. Corpo é assim (*Idem*, 18) “substância, matéria e impressiona a vista e o tacto. É antes de tudo um objecto natural e naturalizável. É um elemento físico, consistente, palpável”.

O corpo, inserido numa sociedade de consumo está sujeito às mais diversas apropriações, cosméticos, têxteis, perfumes, calçado, higiene corporal, produtos alimentares, objectos estéticos perfurantes como *piercings* e brincos. A preocupação com a saúde corporal difere de corpo para corpo

e é neste sentido que podemos entender a preocupação que é demonstrada com a saúde em termos de idas regulares a médicos de família e/ ou especialistas e a médicos dentistas (*Ibidem*).

Ieda Tucherman (1999, 101) refere que actualmente se assiste a uma banalização da monstruosidade, nomeadamente corporal, referindo “que os monstros talvez existam para nos mostrar o que poderíamos ser, não o que somos, mas também não o que nunca seríamos e assim articulam a questão: Até que grau de deformação (ou estranheza) permanecemos humanos?”.

Neste sentido, Susana Duarte (2002, 93) refere-se à velhice “como algo a evitar, algo que se teme, porque o corpo, com as modificações próprias do envelhecimento, toma formas socialmente inaceitáveis”, tais como as rugas e a flacidez da pele que são demonstrativas de um estágio de saúde que não é valorizado na actual sociedade. A velhice, é tida por muitos como uma monstruosidade que, por vezes, acarreta um conjunto de limitações físicas e sociais.

A percepção que fazemos do corpo que possuímos pode afectar a percepção social que temos da realidade. Há algumas doenças que se instalam porque os indivíduos não se sentem bem com o seu corpo como é o caso da anorexia em que não aceitamos o corpo que temos, não gostamos dele e isso reflecte-se na interacção que temos com os outros e com a alimentação, nomeadamente o isolamento e afastamento da realidade quotidiana.

Vivemos na era da imagem em que se valoriza muito a aparência e o aspecto físico. Daí a proliferação de actividades relacionadas com o corpo, como os institutos de beleza, os ginásios e as operações plásticas. A publicidade manipula entretanto a imagem corporal. Os anúncios publicitários são quase todos feitos com homens e mulheres com corpos esbeltos, esguios e com rostos bonitos. Há concursos de beleza que promovem os corpos belos e bem torneados e as dietas, tendo em vista o emagrecimento, que posteriormente podem confluir em doenças como a anorexia (Resende, 1999).

Neste contexto Moisés Martins (2004) fala na estetização da existência. A vida quotidiana organiza-se em torno da estética, da proliferação dos regimes alimentares, das idas ao ginásio, das operações plásticas, das próteses de silicone, dos implantes de embriões clonados e dos implantes electrónicos no cérebro, convertem-se em indutores de emoções.

Na senda de Steiner, Moisés Martins propõe-se abrir uma das portas do Castelo do Barba Azul<sup>6</sup> – que no caso é a porta da tecnologia. Para o autor (2004, 78), esta porta “constitui hoje o trágico preço da nossa identidade”. Faz referência à ruína e utopia do corpo nas imagens tecnológicas,

---

<sup>6</sup> Moisés Martins (2004, 77) descreve o conto tradicional, O Castelo do Barba Azul: “todos nos lembramos do conto tradicional em que um tenebroso senhor, de barba azul, guardava um terrível segredo bem aferroado no quarto do seu castelo. Era nesse verdadeiro quarto dos horrores que escondia os cadáveres esquartejados das sucessivas mulheres com quem casara, mas que invariavelmente assassinara”. Abrir a porta desse verdadeiro quarto dos horrores será abrir a porta para a noite. Por inquietante que seja, urgia abrir essa porta. Diz-nos Moisés Martins que no castelo da cultura a porta que hoje urge abrir é a porta da tecnologia.

chamando a atenção para o sucesso que o corpo digital Kyoko, uma “pop star” japonesa, faz num site da Internet. Kyoko, mais do que a beleza e a saúde num corpo perfeito, representa “o mal-estar em que nos encontramos relativamente ao corpo, a incomodidade de um corpo em ruína, de que permanentemente fazemos um estaleiro para dietas e exercícios de reanimação, implantes, liftings, limpezas e plásticas” (Idem, 2004, 82).

Defende Moisés Martins que as tecnologias contribuem para agravar a crise da modernidade, visível na sociedade mediática em que vivemos. Nestas sociedades em que a tecnologia predomina é visível o imaginário de um corpo em ruína. Essa ruína, todavia, parece não ser notada. Como refere este autor (2002a, 76), “o nosso tempo parece no entanto viver feliz, reconfortado no regaço das tecnologias, dos média e dos centros comerciais, um regaço que [nos] proporciona viagens tranquilas, aventuras sem risco, ao reino da evasão, do exotismo e do fantástico (...) mas a Cidade dos Homens, que se encontra abismada pelo fantasma da transparência comunicacional, deleita-se nessa calda de emoções, que trasveste de uma euforia puxada à manivela a aventura humana.” Esta crise da modernidade é visível através da narrativa televisiva que privilegia o imaginário trágico: as primeiras notícias a serem transmitidas são aquelas que relatam o sofrimento humano e a morte (acidentes, catástrofes naturais, terremotos, ciclones).

Referindo-se, por sua vez, ao corpo disforme como a um corpo grotesco, Albertino Gonçalves (2004, 129) refere que ele está presente em todas as sociedades, nas festas, na religião, na arte, na cultura, na política, na literatura, entre outros, e que este fenómeno está a expandir-se “principalmente na comunicação social; nos desenhos animados, à porfia do boneco mais estrambólico e do enredo mais absurdo; no cinema, embalado pelos efeitos especiais; na publicidade, ávida de efeitos de choque e de surpresa; enfim, no ciberespaço, nos sites, nos videoclips e nos videojogos”.

Jorge Crespo (2001, 31) afirma, entretanto, que a redescoberta do corpo se assume como indicador de felicidade e saúde, passando “a ser objecto de cuidados e delicadezas sem fim, a matéria-prima para intervenções, em muitos casos ilusórias ou perigosas”.

A televisão e outros meios de comunicação facilitaram a transmissão e divulgação da informação aos quatro cantos do mundo alcançando-se assim aquilo que Mac Luhan chamou de Aldeia Global. O corpo é uma realidade presente no nosso dia a dia, basta ligarmos a televisão, para contrapormos a monstruosidade dos corpos, corpos mutilados na guerra, corpos em sofrimento físico ou psicológico com corpos bem concebidos, corpos alegres, bonitos, bem nutridos, vitoriosos (Tucherman, 1999). O corpo é uma realidade presente na interacção com os outros, nas vivências e experiências que caracterizam o percurso de vida de cada um. Neste sentido, Florence Braunstein

(1999, 141) define corpo “como linguagem, comunicação, jogo socializado, porque submetido a um código obrigatório”. Maria Augusta Babo (2001) apresenta uma opinião idêntica ao comparar o corpo portador de estigmas, como a cicatriz, com um devir-monstro. Por sua vez, a prática de transplantes e de cirurgias estéticas são práticas habituais na nossa sociedade tornando o nosso corpo, na opinião de Ieda Tucherman (1999), “num fragmento temporário”. A autora faz também referência àquilo que a bio ciência fabrica em laboratórios e que cada um de nós consome para melhorar as funções corporais, vejamos os estudantes quando se aproxima a época de exames tomam magnésio para activar as células cerebrais, que é como quem diz, aumentar a inteligência. Por outro lado, já se fazem aquilo que a autora denomina de manorobôs que são implementados no corpo e que auxiliam o funcionamento de determinados órgãos (por exemplo, o pace-maker) surgindo assim novos afectos e percepções da realidade e da vida. A par das manipulações genéticas tidas como vitoriosas quer pela comunidade científica quer pelos cidadãos, a arte do século XX concebe um corpo humano com deformações.

Situações como os bancos de esperma e de órgãos são bem demonstrativos da exteriorização e colectivização dos corpos actuais. Chegará o dia em que cada um escolherá o corpo que quer ter, decidindo assim o destino do seu DNA. Ieda Tucherman (*Idem*, 183) defende a ideia de um corpo humano obsoleto, “frágil, pouco durável e pouco resistente” face às inovações tecnológicas que criam corpos tecnológicos.

A industrialização do corpo é outra das facetas que caracteriza a actual sociedade, estando o corpo associado ao grotesco, através das práticas sado-masoquistas associadas ao chicote e a algemas. Ieda Tucherman (*Ibidem*, 147) fala nos “novos mitos”, referindo “Mick Jagger e sua magreza bissexual, Madonna pregando novas formas de amor, Michael Jackson na sua camaleónica e permanente indefinição: nem preto, nem branco, nem homem, nem mulher, nem adulto, nem criança, etc”.

Moisés Martins (2004, 80) vai mais longe, afirmando que a técnica controla a existência na medida em que, “tendo deixado de ser feita à nossa imagem e semelhança, somos nós próprios que somos feitos à imagem e semelhança da técnica”. Neste sentido, o autor (*Idem*, 81) alerta-nos para o dicotómico mundo de homens-máquinas, considerando-o um quarto de horrores em que “máquina e desejo fazem uma liga que não apenas nos fascina, mas que igualmente nos inquieta”.

Cada vez mais a técnica tende a dominar o homem mas, não devemos esquecer que a técnica é um instrumento utilizado e dominado pelo homem. O homem utiliza a técnica científica em seu proveito mas deve saber onde estão as fronteiras do possível, ético e do impossível. Até onde podemos modificar o nosso corpo? Em termos éticos, será correcto modificá-lo? Na opinião de Lévinas (1988), o



Rosto fala e exige a minha total responsabilidade e, como tal, o corpo não é um fim em si mesmo e não deve ser o meio para se proceder a experiências e clonagens.

Opinião contrária manifesta Ieda Tucherman. Esta investigadora defende que o corpo é um conceito que se tem reinventado nomeadamente através da recente arte tecnológica que projecta o corpo numa nova realidade. E acrescenta (2001, 223), a arte tecnológica “assume relação directa com a vida gerando produções que levam o homem a pensar na sua própria condição (...), onde os antigos artefactos e ferramentas são substituídos por dispositivos de múltiplas conexões que envolvem modems, computadores, redes e satélites intervindo na produção e na comunicação”. O corpo pensado como arte tecnológica assume, ainda segundo a autora (*Idem*, 223), “a capacidade de circular no planeta e conectar-se a uma rede mundial”.

Com a entrada deste novo mundo arte-tecnológico Ieda Tucherman (2001) defende a existência de um corpo que romperá com os limites genéticos evitando assim entrar no que a autora denomina de ciberzona. Nesta altura as preocupações do corpo já não serão estéticas mas sim pragmático-funcionais, não se colocando a questão do corpo que quero ter mas que funções quero atribuir ao corpo que tenho. O corpo, tal como o entendemos, tornar-se-á uma realidade obsoleta porque, como refere a autora (2001, 225), “é uma forma biológica limitada, mal estruturada e mal equipada para a quantidade, a complexidade e a velocidade das informações que acumulou”. Afirma inclusive que a preocupação com a perpetuação da espécie deixará de ter razão de ser pois a técnica da clonagem será a solução.

Na opinião de Maria Teresa Cruz (2002) vivemos na era da tecno-ciência<sup>7</sup> isto é, da tecnologia da sensibilidade e dos afectos. A tecno-ciência moderna anuncia o que a autora (2001, 65) denomina de “nova etapa da morfogénese do ser humano em que o corpo é o primeiro palco de transfiguração”. A autora (2002, 34) faz referência ao fim da era dos média e ao início da era digital, dos *interfaces*<sup>8</sup>, “de uma nova articulação entre a técnica e as experiências do corpo, a era de uma nova maquinação da sensibilidade”. Há uma relação visível entre tecnologia e pessoas na medida em que a tecnologia (fotografias, cinema, televisão) “armazena e transmite palavras, sons e imagens, as suas qualidades impressivas, implicando assim o sujeito e as suas experiências sensíveis” (*Idem*, 34). Com esta nova articulação tecnologia/ pessoas poder-se-á colocar a questão do fim do corpo isto é, da “dominação radical da mente e do sistema nervoso central” (*Ibidem*, 34). A tecno-ciência anuncia um corpo não apenas orgânico mas também tecnológico: inteligência artificial, simulação de ambientes virtuais, entre

---

<sup>7</sup> Esta mais não é do que a convergência da técnica com a ciência.

<sup>8</sup> Na opinião de Maria Teresa Cruz (2002, 34) os *interfaces* podem ser textuais, visuais, auditivos, tácteis e exercem a função de “mediação entre o dispositivo técnico e as experiências sensíveis do sujeito”.

outros. Neste sentido, na opinião de Maria Teresa Cruz (2002, 32), o corpo surge como “o lugar radical do «ser tocado», isto é, de uma experiência onde não há distância, mediação, ou relação, mas sim impressão, contacto, ligação”. A tecno-ciência ameaça não só penetrar no corpo (carne) mas também na espiritualidade (alma) do homem. A técnica, tida como mediadora entre o homem e o seu ambiente, penetra nos modos de pensar, sentir e agir do homem. Surgem assim novas ligações entre o homem e a máquina, e os objectos, e as imagens, que parecem ameaçar as ligações do homem, cada vez mais inserido no universo das máquinas, dos objectos e das imagens. Estas imagens, por nos serem estranhas e não familiares, são tidas como pós-humanas.

As ligações técnicas, o estar ligado aos outros e à vida, pressupõem, para Maria Teresa Cruz (2002, 38), “uma certa disponibilidade para se deixar afectar”, mobilizando os afectos, os sentimentos e as vivências.

Resumidamente, podemos afirmar que “o corpo é a estrutura e o dicionário emocional da história individual” (Gomes, 2003) e podemos também questionar que funções queremos dar ao nosso corpo. A esta valorização do corpo, Pierre Guibentif (1991) contrapõe a descorporização social existente em certas regiões da sociedade. Refere a existência de um aumento de actividades directamente relacionadas com o corpo tais como o culturalismo, o fitness, e outras práticas denominadas por Guibentif de cultura alternativa do corpo – yoga, massagens, entre outras. Mas, ao lado destas práticas considera que existe uma série de produções que tornam o corpo desnecessário – a automatização confere uma maior importância às máquinas reduzindo o trabalho manual e a importância atribuída ao trabalho manual. Esta descorporização acarreta a crise do indivíduo que apesar de ser tido como a peça central do funcionamento da sociedade perde, na opinião do autor (1991, 85), “o principal lugar de reprodução deste indivíduo”. Como resultado desta descorporização é dada atenção ao corpo não para o revalorizar mas como uma forma de reacção à descorporização e daí o surgimento de patologias como a depressão. Esta descorporização visível em determinadas zonas contrapõe-se a outras zonas em que são feitos grandes investimentos no corpo (hipervalorização) levando esta discrepância a uma relação de força.



## Capítulo Quatro

---

### Linguagem

4.1 - Considerações sobre alguns modelos da teoria hermenêutica	61
4.2 - Os desafios da filosofia da linguagem	63
4.3 - Dimensões da linguagem e estratégias de interpretação	64
4.4 - O poder do discurso	67

Não podemos falar no homem sem falar na linguagem pois esta pertence à essência do homem. O homem expressa-se pela fala, a linguagem além de ser o reflexo do homem e da sociedade em que este se encontra inserido, é também uma criação sua tendo sido com a descoberta do fogo e do uso da linguagem comunicante que o homem se liberta da sua primitiva animalidade.

A linguagem permite-nos comunicar, *"pôr em comum"*, *"transmitir"* algo.

A análise da linguagem é complexa. Debrucemo-nos sobre a opinião de alguns filósofos da linguagem e da hermenêutica filosófica, de sociólogos e de linguistas.

## 4.1 - Considerações sobre alguns modelos da teoria hermenêutica

Paul Ricoeur, Hans-Georg Gadamer e Martin Heidegger estão intimamente relacionados na medida em que assentam a compreensão numa ontologia. Debruçam-se sobre o estudo da hermenêutica e são coincidentes em alguns aspectos da linguagem. Defendem que o homem é um ser postado no mundo aberto e é esta abertura que possibilita a compreensão. Por outro lado, a linguagem é a marca do homem. A relação entre sujeito e objecto ou entre leitor e texto advém desta abertura do homem ao ser.

A questão central da hermenêutica filosófica de Paul Ricoeur (1987) é o problema da compreensão. Defende que “a língua é o código” através do qual se dá uma mensagem particular. Uma mensagem pressupõe sempre um acto intencional ao contrário do código. O discurso é um acontecimento da linguagem logo, a linguagem é temporal e actual, sendo a mensagem que proporciona essa actualidade à língua.

O discurso relaciona um locutor e um ouvinte na medida em que se dirige a alguém. O discurso é assim composto por um sentido (o quê?) e uma referência (acerca de quê?) sendo esta última que relaciona a linguagem com o mundo. Esta dialéctica de sentido e de referência está intimamente ligada à significação daí que possamos afirmar que o discurso revela um mundo.

O texto diz muito mais do que aquilo que o autor pretende transmitir. O texto dirige - se a desconhecidos e, como tal, a escrita tem um carácter universal. Vê o texto como um objecto que deve ser visto como um todo para dele extrairmos o sentido.

O contributo de Paul Ricoeur (1987) para a filosofia da linguagem é impar. A sua visão da linguagem assenta na ideia de que a linguagem deve mostrar um ser-no-mundo. Defende a ideia que a interpretação, que deve abraçar a compreensão e a explicação, não se refere apenas ao interpretar mas implica que sejamos interpretados.

Hans-Georg Gadamer debruça-se sobre a questão da pertença. Afirmar que a compreensão é o mundo em que estamos inseridos e o ente é o único capaz de dialogar. É esta capacidade de dialogação que possibilita a interpretação por parte do ente. A interpretação aparece em Gadamer como uma aproximação ao Ser, tal como em Heidegger.

A hermenêutica de Hans-Georg Gadamer assenta na historicidade que coloca a compreensão na esfera ontológica do Ser. Neste sentido, para interpretarmos um texto é necessário que o intérprete, consciente da sua finitude, se projecte. É esta consciência que permite a compreensão. Interpretar implica assim uma abertura ao outro, ao texto.

O intérprete deve deixar-se interpelar pela tradição. Esta ideia remete-nos para perspectiva de Lévinas da relação eu/ Outro, na qual me deixo interpelar pelo Outro. Todavia, enquanto que em Lévinas o Outro me revela o infinito, em Hans-Georg Gadamer a tradição revela a minha finitude. Deste modo, a tradição é o lugar onde a investigação ocorre. Ao deixar-se interpelar o intérprete projecta-se no outro reconhecendo a sua finitude. Ao projectar-se toma consciência da sua pertença a uma tradição. Existe assim uma relação distância objectiva entre o que vai ser interpretado e o intérprete. A compreensão em Hans-Georg Gadamer é uma movimentação da tradição e do intérprete. A interpretação de um texto revela-se como algo de estranho ao intérprete e, como tal, deve ser aplicado a uma situação concreta para se tornar conhecido. A compreensão, que nunca esgota o sentido de um texto, integra o passado que deve ser lido à luz da tradição, e o presente no qual o intérprete faz a sua interpretação.

Para o autor, fora da linguagem nada tem sentido. Defende que a tarefa da hermenêutica é evitar que o texto caia numa estrutura rígida tornando-o num diálogo. Neste sentido, o autor orienta a compreensão para uma atitude de abertura à interpelação da tradição (Ricoeur, s/d).

Martin Heidegger na *Carta sobre o Humanismo* (1998) defende uma ontologia fundamental que se debruça sobre o pensamento da verdade do ser. Afirmar que (1998, 31) “a linguagem é a casa do ser” e é nesta habitação do ser que mora o homem. Os pensadores e os poetas são os guardadores da casa. Neste sentido, “o pensar é o pensar do ser” (*Idem*, 34) pois o pensar pertence ao ser, escuta o ser assim, o ser é aquilo que o pensar é. Pensar é trazer à linguagem o advento do ser pois o pensar trabalha na edificação da casa do ser. O homem deve encontrar o caminho para morar na verdade do ser daí que o autor (*ibidem*, 89) afirma que “a linguagem é particularmente a casa do ser é a habitação do ser humano”. Enfim, (*ibidem*, 93) “deve-se pensar com a mesma radicalidade se aquilo que deve ser pensado, em que medida, em que momento da história do ser, em que diálogo com ela e a partir de que apelo pode ser dito”.

Martin Heidegger (1998, 93) defende que, actualmente, é necessário “menos Filosofia, mas mais desvelo do pensar; menos literatura, e mais cultivo da letra”. O pensar conduz a linguagem para junto do dizer. Deste modo, (*Idem*, 93) “a linguagem é assim a linguagem do ser, como as nuvens são as nuvens do céu. Com o seu dizer, o pensar abre sulcos invisíveis na linguagem”.

## 4.2 - Os desafios da filosofia da linguagem

Ludwig Wittgenstein na obra *Tratado Lógico - Filosófico* (1987) afirma que a linguagem de todos os dias é uma forma de arte, pelo que a linguagem é uma forma de vida. Considera a arte, a ciência, a religião e a política como formas de linguagem constitutivas do ser humano. Afirma que os limites da linguagem são os limites do mundo em que me insiro sendo que o mundo varia de homem para homem. Coloca Deus fora do conhecimento afirmando que este não se revela na linguagem que usamos pois o mundo nada nos diz acerca do conhecimento de Deus. Deste modo, o mundo humano não tem necessidade do ontológico, a única necessidade do homem são as crenças que lhe permitem ter uma vida normal. Devido à necessidade de comunicação que sentimos, a linguagem serve para resolver problemas. E, a função da filosofia é a de clarificar a linguagem, pois Ludwig Wittgenstein acredita que as filosofias são produto do gênero literário característico da época em que se inserem.

A linguagem é um instrumento na medida em que as palavras assumem significados diferentes logo, só sei o que uma pessoa diz se souber o que lhe vai na mente. Todavia, não basta dizer “eu sei”, mas, como o autor refere na obra *Da Certeza* (1990, 19) “é necessário demonstrar que não era possível um erro”. Enfim, as palavras desviam os seus significados das intenções dos seus utilizadores. Os jogos de linguagem não são estáticos e, quando “há uma modificação nos conceitos (...) os significados das palavras mudam também” (*Idem*, 31).

Na obra *Da Certeza* (1990), Ludwig Wittgenstein afirma também que o erro de Descartes foi ter duvidado de tudo. Ludwig Wittgenstein defende que há determinadas coisas que são certas logo, não devemos duvidar de tudo, temos de ter as nossas crenças. Afirma que (*Idem*, 35) “a verdade das minhas afirmações é a prova da minha compreensão dessas afirmações”. Só demonstro que compreendi as afirmações que proferi quando estas são verdadeiras - “A verdade de certas proposições empíricas pertence ao nosso quadro de referências” (*Ibidem*, 35). A certeza encontra-se presente no próprio jogo da dúvida.

O que “eu sei” adquire significado a partir de todos os nossos procedimentos. A experiência ensinou-nos que há um conjunto de proposições empíricas que são tidas como certas por nós. O autor dá um exemplo – se alguém for decapitado morre e morrendo já não pode regressar à vida. As proposições em que acreditamos dependem daquilo que aprendemos.

Ludwig Wittgenstein (1990, 143) diz-nos também que jogar o jogo da linguagem não significa que tenhamos de duvidar de tudo aliás, como o próprio autor afirma, “um jogo de linguagem só é possível se confiarmos nalguma coisa”. O jogo da linguagem é um jogo imprevisível, irrazoável que como o autor indica (*Idem*, 157) “está aí – tal como a nossa vida”.

Com a corrente iluminista do século XVIII deu-se uma mudança de mentalidades, visível ao nível da linguagem. Substituiu-se o vocabulário por uma linguagem nova e irreverente. Tocado por esta mentalidade Richard Rorty na obra *Contingência, Ironia y Solidariedad* (1996) defende a ideia que cada um deve fazer a sua construção da linguagem afirmando sermos nós os detentores da fala e não o mundo. A linguagem aparece assim como uma auto-criação do ser humano. A verdade está em mim e, como tal eu crio as minhas próprias verdades logo, a verdade não é descoberta mas é feita por mim. A eminência de algumas mudanças sociais, culturais e políticas mostram ao homem que tem capacidade de pensar por si próprio.

Ao defender a tese da verdade feita por cada um de nós Richard Rorty (1996) contribuiu para uma esperança linguística que, todavia, não se concretizou pois o autor não foi capaz de unificar as metáforas novas com as velhas impossibilitando o surgimento de novas ideias criadas pelo homem, tais como as leis.

#### **4.3 - Dimensões da linguagem e estratégias de interpretação**

Noam Chomsky é um linguista que operou uma revolução linguística. Estudou a linguagem na óptica da matemática tendo defendido que a linguística é uma ciência que pode ser estudada laboratorialmente. O projecto de Noam Chomsky visava demonstrar, por um lado, que a linguagem é algo de inato ao falante e, por outro lado, a possibilidade de construir uma gramática generativo – transformacional assente num sistema de regras que relacionam os sinais com a interpretação semântica desses sinais. Esta gramática era composta por três elementos – a fonologia (relaciona-se com as estruturas superficiais), a semântica (relaciona-se com as estruturas profundas) e a sintáctica (estuda as estruturas profundas que subjazem às estruturas superficiais) sendo esta última sub-dividida em dois, a básica que estuda as estruturas profundas que se transformam em superfícies através de transformações e a transformacional que transforma as estruturas profundas em superficiais. A geração ocorre a partir do falante. Daqui se depreende o porquê da gramática de Chomsky ser generativo – transformacional.

A aquisição da linguagem é assim inata ao homem e só mais tarde é que ocorre por intermédio do meio em que nos inserimos. Neste sentido, podemos afirmar que o autor supera a gramática tradicional (Apel, 1985).



Karl-Otto Apel (1985) refuta a teoria da linguagem de Noam Chomsky afirmando que esta está incompleta pois falta-lhe uma teoria da competência linguística que é o mesmo que dizer que lhe falta o aspecto social da linguística. Na opinião de Karl-Otto Apel a teoria da linguagem de Noam Chomsky não explica a conduta linguística do ser humano mas põe-nos a funcionar como um sistema informático.

Karl-Otto Apel propõe uma hermenêutica transcendental baseada na semiótica de Pierce isto é, do sistema de distanciamento entre as dimensões sintáticas, semânticas e pragmáticas. Karl-Otto Apel amplia o conceito chomskyano de competência no sentido de competência comunicativa afirmando que as regras gramaticais são interiorizadas como parte das normas sociais. Alia assim competência linguística à competência gramatical adquirida através da competência comunicativa da linguagem.

Donald Davidson no artigo *Interpretação Radical* afirma (1991, 199) que “toda a compreensão do discurso de outro envolve interpretação radical”. Na opinião do autor (*Idem*, 200), a interpretação radical não “pode esperar tomar como evidência do significado de uma frase uma explicação das complexas e delicadas intenções com as quais a frase é tipicamente pronunciada”. O problema está na interpretação das intenções de um agente, nas suas crenças e palavras que fazem parte de um projecto único. Esta teoria da interpretação pressupõe um intérprete capaz de compreender a infinidade de frases que podem ser ditas pelo falante.

O autor resolve o problema da interpretação através do método da tradução pelo qual se pode passar uma frase dum idioma estranho para uma frase da nossa linguagem todavia, surge um contratempo – um discurso apenas pode ser interpretado por quem conhece as crenças do falante. Para compreendermos estas crenças temos de ter uma compreensão prévia do discurso o que só é possível através duma teoria que se debruce sobre as atitudes e interpretações do discurso. Na teoria da interpretação é fundamental que ela seja, segundo Donald Davidson (*Ibidem*, 201) “corroborada ou verificada por evidência plausivamente disponível para um intérprete”.

Ciente desta omissão, Donald Davidson retira de Quine<sup>9</sup> o termo tradução radical entendida como a ordenação linguística do comportamento verbal da outra pessoa.

Donald Davidson enriquece ainda mais a sua teoria da interpretação através da teoria semântica da verdade de Tarsky<sup>10</sup>. Donald Davidson cria assim uma teoria da verdade que mais não é do que a caracterização da verdade para uma linguagem relativa a um tempo e a um falante. A teoria da verdade sendo modificada pode ser aplicada à linguagem natural, pode ser usada como teoria da

---

<sup>9</sup> O termo tradução radical é usado em Quine no sentido de que a teoria só precisa que o método de tradução da língua interpretada (por exemplo inglês) seja interpretada para a língua do intérprete (por exemplo, espanhol).

<sup>10</sup> A teoria semântica de Tarsky defende que se explica que uma proposição é verdadeira através da ideia de que existe algo no mundo que a torna verdadeira. Deste modo, devemos analisar um idioma tal como analisamos a nossa linguagem.

interpretação (Sumares, 1992). É o próprio autor, Davidson, (1991, 204) que nos explica como – “o trabalho de aplicar em detalhe uma teoria da verdade a uma linguagem natural dividir-se-á na prática quase certamente em duas fases. Na primeira fase, a verdade será caracterizada, não por toda a linguagem, mas por uma parte da linguagem cuidadosamente circunscrita. A segunda parte fará corresponder cada uma das restantes frases com uma ou várias das frases para as quais foi caracterizada a verdade”.

A opinião de Richard Rorty e de Donald Davidson coincidem quanto à forma de conhecer. Em ambos, conhecer envolve o trabalho de crenças e de desejos da mente humana (Sumares, 1992).

A estratégia de argumentação de Jaakko Hintikka (1993) baseada no método socrático<sup>11</sup> conduz o autor ao modelo interrogativo do raciocínio. Como refere o autor (*Idem*, 71), “a teoria do raciocínio e argumentação está preparada para um desenvolvimento revolucionário”.

Jaakko Hintikka (1993) faz inferências lógicas da informação contida nos argumentos. Sendo que quando a informação é nova o argumentador tem de dar especial atenção à fonte de onde retira a informação – aquilo a que o autor denominou oráculo. Assim, a confiança num argumento depende do oráculo escolhido.

A teoria da argumentação interrogativa de Jaakko Hintikka (1993) é um jogo que distingue regras definidoras de regras estratégicas. A atenção é colocada nas regras estratégicas, aquilo que o autor chama de lógica de Sherlock Holmes, que são tidas como globais na medida em que o jogo interrogativo e o raciocínio compreendem-se dentro da totalidade da estratégia utilizada. O argumentador tem a liberdade de escolher a estratégia a utilizar no jogo. Só compreendemos os argumentos de um discurso através das considerações estratégicas enfim, o texto é um elemento de questionação pois levanta perguntas ao autor. Assim, as regras definidoras da argumentação indicam-nos o que significa jogar um jogo e as regras estratégicas o que significa jogar um jogo bem ou mal. Ao defender que a comunicação e a argumentação se orientam para regras estratégicas assume uma visão global, holística de um argumento. Como refere o autor (*Idem*, 90), “o modelo interrogativo é uma parte central da lógica da hermenêutica”.

Se dominarmos a técnica do modelo interrogativo de Sherlock Holmes, à qual Jaakko Hintikka atribui virtudes heurísticas, podemos compreender argumentos que nos pareciam descabidos.

---

<sup>11</sup> Sócrates usava o método da maiêutica através do qual se pretendia que o interlocutor, através da interrogação, chegasse à resposta.

## 4.4 - O poder do discurso

O sociólogo francês Georges Balandier (1982) debruçou-se sobre o estudo do poder, considerando que todo o poder instituído legalmente é uma acção social encenada isto é, todo o poder é uma teatocracia. Uma das formas do exercício do poder é através do discurso quem está no poder tem a capacidade de se fazer ouvir, as palavras proferidas têm poder. Por norma, o discurso de quem está no poder não é apreensível por qualquer um. Estes discursos recorrem frequentemente à retórica e ao silêncio.

A linguagem do poder evidencia, na opinião de Balandier (1982), as diferenças sociais pois nem todos identificam o significado do discurso do poder.

Na opinião de Michel Foucault (1997) o discurso é uma forma de poder. Ter direito à palavra é sinónimo de ocupar uma posição determinante. O poder, que se mostra através de um discurso, é exercido invisivelmente em diversas instituições como a prisão, escolas, hospitais, fábricas, asilos, entre outras, por aqueles que detêm os modos de produção.

Em todas as sociedades a produção de discursos é controlada, seleccionada e organizada através de vários procedimentos que visam o controlo e a delimitação do discurso. De entre os procedimentos de exclusão salientados por Michel Foucault (1997) referimos a oposição verdadeiro/falso pois, como refere o autor, a verdade reside no que o discurso diz e aquilo que é interdito pois nem tudo é para ser dito e falado em qualquer circunstância e, não é qualquer um que pode falar de qualquer coisa. Actualmente, há temas que são interditos para muitas franjas da população, por exemplo, a sexualidade para os idosos.

O discurso não se refere apenas ao que é dito mas é também uma forma de exercício de poder e de dominação. O acesso à palavra permite-nos aceder ao poder logo, o poder mostra-se através do discurso.

Em todas as sociedades existem mecanismos de controle, selecção, distribuição e produção do discurso, encontrando-se a força do discurso na ordem social.

O poder de uma frase não radica na sua enunciação mas em quem a diz, a quem a diz e em que contexto é que a diz. A palavra é considerada um instrumento de poder na medida em que tem a capacidade de transformar a realidade social. Por outro lado, o poder da frase depende também da crença de quem a enuncia. Deste modo, a posição social de quem enuncia uma frase influencia os resultados que esta vai produzir. Neste sentido, Pierre Bourdieu (1998) afirma que para se fazer um

discurso é necessário haver competência linguística pois o porta-voz delega poder nas palavras que produz.

Os discursos, na opinião de Pierre Bourdieu (1998, 54) “não são apenas signos destinados a ser compreendidos, decifrados, são também sinais de riqueza destinados a ser avaliados, apreciados e sinais de autoridade, destinados a ser criados e obedecidos”. Tal como o poder da frase, também o valor do discurso depende das relações de força entre as competências linguísticas dos locutores e a capacidade de apropriação e de apreciação de quem os lê.

Tudo pode ser dito através da palavra, “não há nada que não se possa dizer” (*Idem*, 19) embora esta adquira significados diferentes numa mesma comunidade linguística. Assim, para analisarmos o capital linguístico de uma determinada comunidade temos de ter em atenção as condições políticas e sociais de produção dos produtores isto é, temos de ter em atenção a classe social do interlocutor que o pronuncia e a comunidade em que este se insere.

O capital linguístico não está distribuído de forma igualitária. O habitus vai-se construindo não só através da linguagem mas também através do olhar, do estar, do falar. A competência linguística depende do capital cultural e do nível de instrução medido através do diploma escolar e da trajectória social.

Pierre Bourdieu (1998) estabelece uma relação entre as práticas linguísticas de cada interlocutor e a sua relação com o corpo. Neste sentido afirma que (*Ibidem*, 81) “a linguagem é uma técnica do corpo e a competência propriamente linguística e, muito especialmente, fonológica, é uma dimensão do *hexis* corporal onde se exprimem toda a relação do mundo social e toda a relação socialmente instruída do mundo”.

Não podemos falar apenas num discurso singular mas devemos entender o discurso como “resultando de processos discursivos sedimentados, institucionalizados” (Orlandi, 1996, 27). As palavras não assumem o mesmo significado em todos os discursos mas dependem da situação social, histórica e cultural do falante que o produz. Deste modo podemos afirmar que, na opinião de Eni Orlandi (*Idem*, 27), “há uma forma social de apropriação da linguagem em que está reflectido o modo como ele o fez, ou seja, sua ilusão de sujeito, sua interpelação feita pela ideologia”. A linguagem é assim constitutiva do social.

O discurso é, na opinião de Eni Orlandi (1996), uma acção social, faz parte do funcionamento da sociedade. Num discurso, a linguagem assume-se como transmissão de informação, instrumento de comunicação, suporte de pensamento e condição de produção. O autor (1996, 131) define discurso

como o “lugar social, espaço particular entre o individual e o universal, logo, lugar de debate, de confronto”.

O discurso é o resultado da cultura em que estamos inseridos. As palavras são produzidas, na opinião de Erving Goffman (1975), em situações sociais específicas. A palavra organiza-se socialmente na forma como se distribui pelos locutores mas também através do que Goffman denomina de sistema de acções face a face, mutuamente confirmadas e ritualmente conduzidas. É, por outras palavras, um encontro social.

Na opinião de Basil Bernstein (1982, 25) os usos da linguagem estão relacionados com o contexto. Os significados universais “.... são libertados do contexto, e assim, compreendidos por todos” estão pouco relacionados com um determinado contexto. Os significados particularistas, pelo contrário “... estão intimamente ligados ao contexto e só seriam inteiramente compreendidos por outras pessoas se estas tivessem acesso ao contexto que originariamente gerou o discurso”(Idem, 25) daí estes significados estarem fortemente relacionados com o contexto. Neste sentido, “as classes sociais diferem quanto aos contextos que evocam certas realizações linguísticas” (Ibidem, 26) isto é, significados universais ou particulares. Consoante a classe social a que pertencemos podemos oferecer e receber significados universais ou particulares sendo que as funções da linguagem universal apontam para o que Basil Bernstein (1982) denomina de código elaborado enquanto que as funções particularistas da linguagem apontam para um código restrito.

## Capítulo Cinco

---

### Universo de pesquisa: breve caracterização sócio - geográfica e demográfica

Situado no Minho, Braga encontra-se entre as maiores aglomerações urbanas do país, sendo sede de concelho e capital de distrito.

Cidade de longas tradições históricas é também conhecida por Cidade dos Arcebispos devido à sua forte religiosidade. Os mais antigos vestígios da presença humana foram localizados no Monte Castro, pertencendo os seus habitantes a uma tribo local, os brácaros, que acabaria por ser

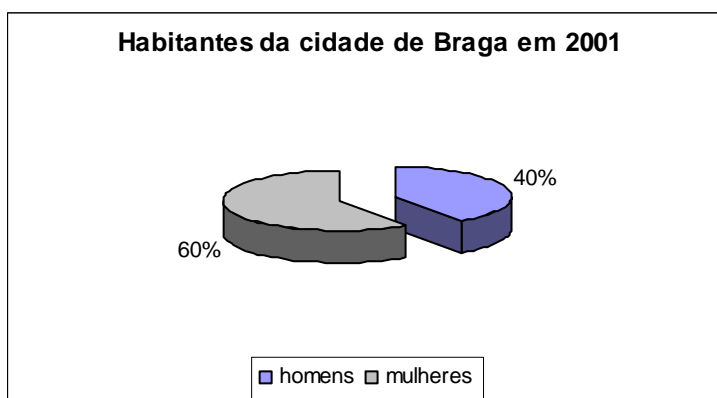
conquistada pelos romanos no ano de 250 A.C. e dedicada ao imperador César Augusto, daí o nome de Bracara Augusta. O imperador transformou Bracara Augusta numa importante vila romana.

No ano de 216 Bracara Augusta é elevada à categoria de capital da província da Galícia, pelo imperador Caracala, província que abrangia as terras do Douro ao Cantábrico. No século XII, em 1128 D. Afonso Henriques faz a confirmação do couto de Braga na pessoa do arcebispo D. Paio Mendes e amplia-o com privilégios de capelaria e chancelaria, concedendo à sé de Braga o poder de cunhar moeda para a conclusão da catedral de St. Maria de Braga. No séc. XVI em 1537 é concedida a Carta de Foral à cidade Bracara Augusta e seus arredores pelo Cardeal Infante Dom Henrique, arcebispo de Braga (Oliveira *at all*, 1982).

Actualmente a cidade de Braga é constituída, em termos demográficos, por 164193 habitantes, distribuídos por 61 freguesias, dos quais 17953 são idosos, sendo 10709 mulheres e apenas 7244 homens (Censos 2001).

Gráfico I

*Habitantes idosos da cidade de Braga em 2001*



O Concelho de Braga faz fronteira a oeste com Barcelos, a norte com Vila Verde e Amares, a este e sudeste com a Póvoa de Lanhoso e Guimarães e a sul com Vila Nova de Famalicão.

Mapa I

*Cidade de Braga*



A freguesia da cidade de Braga, sobre a qual se debruça a nossa investigação, é Gualtar. Situada geograficamente a 2Km, na periferia Noroeste da cidade de Braga, na margem esquerda do rio Este, a freguesia de Gualtar é constituída por dezassete lugares<sup>12</sup>.

Gualtar é atravessada pela Estrada Nacional 103 (Braga-Chaves-Bragança) e mais recentemente pela Variante do Fojo. É ainda servida pela rede de Transportes Urbanos de Braga (TUB) e pela Rodoviária entre Douro e Minho.

É uma freguesia antiga sendo que os primeiros documentos referentes à freguesia datam do séc. IX e X. Inicialmente denominada de S. Miguel de Gualtar abrigou um Mosteiro de talha românica dedicado a S. Miguel e doado à condessa Ilduana pelo “magister savarigus” entre 1032 e 1043, surgem dados históricos do séc. X. Pensa-se que este Mosteiro terá existido no local onde actualmente se encontra instalada a Universidade do Minho<sup>13</sup>.

Destaca-se a Igreja Velha de Gualtar, templo românico que foi recentemente restaurada. Conserva da primitiva traça a fachada norte e o corpo principal com um portal de arquivolta única, com

<sup>12</sup> São dezassete os lugares existentes em Gualtar – Arcela, Bairro Henriqueta, Barreiro, Barros, Bela Vista, Bouça, Crespa, Estrada Nova e Estrada Velha, Friande, Igreja, Poço, Vergadela, Mourisca, Laje, Mourisca de Baixo, Monte de Baixo.

<sup>13</sup> Referência que nos foram facultadas pelo actual pároco de Gualtar, padre Domingos Ferreira Brandão.



quatro faixas de ornatos geométricos. Esta Igreja de S. Miguel insere-se na arquitectura românica presente na bacia do Cavado (Unidade de Arqueologia da Universidade do Minho, s/d).

A actividade económica é diminuta e baseia-se na indústria, essencialmente de madeira e fabricação de máquinas e de equipamentos e serviços, com um forte crescimento no ramo da construção civil.

O artesanato da freguesia confina-se essencialmente às rendas e bordados, restauração de móveis antigos e trabalho em verga e palhinha.

O equipamento social e escolar da freguesia é elevado: Centro de Saúde Braga 1 – extensão de Gualtar, Centro Social da Paróquia Delfina Gomes, Creche da Encosta do Sol, Escola Primária de Gualtar, Escola EB 2,3, Sede da Junta de Freguesia, Associação Desportiva e Cultural de Gualtar (com campo de futebol e polidesportivo), Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), o pólo do Campus de Gualtar da Universidade do Minho e o Agrupamento de escuteiros 219 – S. Miguel Gualtar.

Os últimos estudos levados a cabo pela Junta de Freguesia de Gualtar indicam que a população é constituída por 3101 habitantes todavia, o Presidente da Junta de Freguesia, Carlos Alberto Pereira da Silva afirma que actualmente este número não está correcto estimando que os habitantes rondarão os 5000. A Junta de Freguesia tenciona realizar um estudo na freguesia com o objectivo de recensear os seus habitantes.

É sabido que a nível mundial está a ocorrer um fenómeno de envelhecimento. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística entre 1941 e 2002 a população com idade igual ou superior a 65 anos passou de 505.600 para 1735.542, tendo havido um crescimento de 243.26%. De acordo com estudos efectuados pelos sociólogos José Rebelo e Helena Penalva, este crescimento tenderá a aumentar atingindo em 2002 os 2.027 milhões (*In Diário do Minho*, 30 Setembro de 2004). E Nos países do chamado primeiro mundo, a esperança de vida das mulheres é mais elevada que a dos homens (Cabral, 2002).

Gualtar, tido como uma freguesia semi-urbana, foi o local escolhido para a presente investigação, nomeadamente para a realização das entrevistas. Atentemos na caracterização das entrevistadas:

#### Quadro I

##### *Caracterização sócio-gráfica*

ENTREVISTADAS	IDADE	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	HAB. ACADÉMICAS
---------------	-------	-----------	--------------	-----------------

Joana	66	Costureira	Casada	4ª classe
Maria	67	Professora	Casada	Magistério
Madalena	67	Funcionária Pública	Viúva	4ª classe
Conceição	67	Agricultora	Casada	2ª classe
Augusta	68	Professora	Casada	Licenciatura
Cláudia	69	Agricultora	Casada	Analfabeta
Anabela	70	Doméstica	Casada	4ª classe
Matilde	70	Doméstica	Viúva	Curso Geral do Comércio
Patrícia	71	Agricultora	Casada	4ª classe
Clara	73	Doméstica	Casada	Analfabeta
Isabel	73	Doméstica	Casada	4ª classe
Rosalina	75	Peixeira	Viúva	Analfabeta
Ana	79	Agricultora	Viúva	3ª classe
Margarida	81	Doméstica	Casada	4ª classe
Amélia	83	Feirante	Viúva	Analfabeta
Carolina	84	Agricultora	Solteira	3ª classe
Sandra	85	Doméstica	Viúva	1ª classe
Total de Entrevistas				17

A herança cultural (crenças, valores que a família nos transmite), o sistema ideológico, económico e religioso do país em que estamos inseridos influencia a forma como vemos, sentimos e lidamos com a doença isto é, reflecte-se na forma como cada um constrói a sua doença.

A idade é outro dos factores que interfere na construção social da doença pois a forma como a encaramos é o resultado da vida que vivemos, de todas as experiências por que passamos. A faixa etária da população alvo deste trabalho situa-se no intervalo dos 66 aos 70 anos inclusive, oito entrevistadas, dos 71 aos 80 anos cinco entrevistadas, e com 81 ou mais anos, quatro entrevistadas.

O nível de instrução das idosas é baixo, sendo quatro delas analfabetas, seis têm o actual 1º ciclo completo, uma frequentou apenas a 1ª classe, outra a 2ª classe e duas a 3ª classe. Uma idosa frequentou o curso Geral do Comércio, outra tem o curso do Magistério Primário e outra tem um curso superior.

Atendendo ao baixo nível de instrução das idosas, não podemos esquecer que na época poucas eram as pessoas que estudavam principalmente as mulheres. O estatuto sócio-económico apresenta-se igualmente baixo. Neste sentido, as actividades profissionais desenvolvidas inserem-se, na sua maioria, no sector primário das actividades produtivas: agricultura (cinco idosas); no sector secundário, referente às actividades transformadoras: costureira (uma idosa); e no sector terciário, os comerciantes: feirante e peixeira e prestadores de serviços (três idosas). Estas idosas inserem-se na população activa uma vez que desempenharam uma actividade remunerada. Seis idosas, enquanto domésticas, pertenciam à população não activa na medida em que exerciam uma actividade doméstica não remunerada.

Em relação ao estado civil das entrevistadas dez são casadas, seis viúvas e uma solteira.

Além de habitarem na mesma freguesia, as entrevistadas têm em comum o facto de professarem a mesma religião – Católica Apostólica Romana. Afirmam assim pertencer à religião católica e, como tal, acreditam em Deus, *“eu tenho muita fé em Deus”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8); *“acredito em Deus, sobretudo no Deus de Jesus Cristo”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5); o que não nos surpreende pois cerca de 95% dos portugueses em 1981 assumiam-se como católicos, sendo o catolicismo a religião dos portugueses (estudo efectuado por França e citado por Martins, 1990).

São seis as entrevistadas que fazem referência ao diabo afirmando que *“os espíritos malignos são os vivos, uns e outros, não são os mortos”* (Cláudia, 69 anos, entrevista 6). Madalena (67 anos, entrevista 3) e Carolina (84 anos, entrevista 16) acreditam na existência do diabo e se, para a primeira, o mafarrico *“era um anjo que se revoltou contra Deus para a segunda, este existe e às vezes somos nós uns para os outro. Ainda pior diabo que os outros porque eu ao outro não tenho medo. Tenho água benta naquela salinha, não tenho medo”*. Ana (79 anos, entrevista 13) afirma que *“ah, do diabo nem me lembra!”*. Patrícia (71 anos, entrevista 9) diz *“o diabo que se quilhe”*. Augusta (68 anos, entrevista 5) recusa-se a creditar *“no inferno que as pessoas dizem, com o fogo a arder”*. Rosalina (75 anos, entrevista 12) afirma existirem *“pessoas que têm poderes para certas coisas”*.

Moisés Martins (1990, 168) afirma que se tem vindo a verificar uma diminuição das práticas e crenças religiosas. Todavia, defende que, apesar desta diminuição, se verifica uma *“manutenção do sentimento de pertença ao catolicismo, como grupo cultural”* (1990, 168). É neste sentido que o autor alude ao conhecido silogismo salazarista *“português, logo católico”*, que no presente estudo pode ser tido como verdadeiro.



## Capítulo Seis

---

### Velhice: Construção de uma identidade

O tema da velhice tem sofrido algumas redefinições sociais. Os velhos não são iguais na forma como olham para si e como encaram a velhice, assim, as atitudes face ao envelhecimento, são diferenciais.

O estado de saúde das idosas resulta de todo um percurso com vários momentos e influências, que vai desde a infância, passando pela adolescência, pela ocupação profissional, à constituição de uma família. Deste modo, “a velhice parece não significar mais do que o prolongamento das trajectórias de vida inegalitárias, existindo por isso um envelhecimento diferencial” (Cabral, 2002, 66).

O corpo é a forma de auto-representação social. Há o estereótipo de que o velho, por ser velho, não necessita de cuidar da sua aparência física, do seu corpo.

Roger Fontaine (2000, 23) define velhice como “um processo diferencial (muito variável de indivíduo para indivíduo) que revela simultaneamente dados objectivos (degradações físicas, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e mnésicos, etc.), e também dados subjectivos que constituem de facto a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento”. Debrucemo-nos então sobre a forma como as idosas se vêem a si próprias, como constroem a sua própria identidade ou, como diz Roger Fontaine (2000), sobre a representação delas próprias.

Quadro II  
*Definição de velho*

DEFENIÇÃO DE VELHO	Nº
É desprezado	4
É quem se deixa ser	3
Tem espírito jovem	3
Não é ter idade	2
É uma criança	2
Perde as forças do corpo	2
Todos o seremos	1
Mestre	1
É uma etapa da vida	1
Total de Entrevistas	17

Quatro entrevistadas referem que os velhos são desprezados pela família, abandonados à sua sorte. Sentem que existem estereótipos e preconceitos face a eles porque os mais novos não partilham os mesmos interesses e linguagem:

- “[os velhos] *são abandonados, é triste. Quem dá ventos colhe tempestades*” (Ana, 79 anos, entrevista 13);

- “*Há muitos que os familiares não os querem e acabam aí na miséria ou vão para lares que são uma miséria*” (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

É interessante constatar a forma como três entrevistadas se referem a um velho:

- “*Aquele que se deixa ser velho ou velha, (...) que se descuida, que pensa que não presta para nada e pensa que a idade é causa de todos os males*” (Maria, 67 anos, entrevista 2);

- “*É uma pessoa que desistiu de viver (...), que deixou de lutar e de ter aspirações*” (Augusta);

- “*Velhos são os farrapos*” (Cláudia, 69 anos, entrevista 6).

Nestas definições de velhice as idosas não se assumem como velhas, falando na terceira, contrariamente a outras idosas:

- *“Nós temos que ser novas é aqui [aponta para a cabeça], não é no aspecto físico, (...) Eu tenho espírito muito jovem”* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *“A pessoa é velha quando perde a rapariguinha que tem dentro de si. Eu gosto deste tempo. Eu gosto de viver neste tempo”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5).

As idosas poderiam ser inseridas no que Birrem e Cunningham (1985) (*apud* Fontaine, 2000) intitularam de idade psicológica e idade social. A primeira relaciona-se com a forma como o idoso percebe as capacidades mnésicas (memória), intelectuais (inteligência), bem como as motivações para o empreendimento que lhes permite conservar um elevado nível de auto-estima. Enfim, a idade psicológica tem a ver com a capacidade das idosas em se adaptarem ao meio envolvente. A segunda está associada ao papel e ao estatuto que a comunidade em que se inserem atribui à velhice. As idosas entrevistadas inserem-se num país da comunidade europeia, industrializado, que tem lançado algumas medidas, nomeadamente governamentais<sup>14</sup> no sentido de reabilitar a imagem dos idosos na sociedade e de lhes proporcionar uma maior qualidade de vida. A idade social corresponde assim ao que todos esperam que os idosos sejam, isto é, define-se em relação aos papéis, hábitos e comportamentos assumidos pelas idosas de acordo com a exigência da sua cultura face ao envelhecimento.

Estamos perante uma visão da velhice que demonstra uma grande abertura de espírito face ao entardecer da vida, todavia não podemos esquecer que esta abertura de pensamento provém, por um lado, de idosas com habilitações académicas superiores portanto, com um nível cultural diferente e, por outro lado, de idosas com baixas habilitações académicas, o que nos permite concluir que estas opiniões são o resultado da trajectória de vida de cada entrevistada e de uma abertura de espírito e forma de ver a vida peculiar que atravessa todos os extractos económicos. Velhice é sinónimo de beleza física pois, cada idade, encerra em si a sua própria beleza e acarreta a presença de um espírito jovem que se adequa à realidade em que vive.

É interessante como uma entrevistada, professora primária reformada, caracteriza a velhice afirmando que ser *“velho não é ter muita idade porque há pessoas que tem muita idade e não são velhos”* (Maria, 67 anos, entrevista 2). Deste modo, velho é aquele que o quer ser. Esta ideia vai ao encontro de Cabral (2002) que se insurge contra a associação envelhecimento social/biológico. Mas, o que é certo é que todos seremos velhos, é um destino a que ninguém pode escapar.

---

<sup>14</sup> No capítulo III são citadas algumas das medidas governamentais lançadas pelos últimos Governos.

O mais importante na velhice é ter espírito jovem, tal como referem três entrevistadas:

- *“Há pessoas que com muita idade tem um espírito jovem”* (Maria, 67 anos, entrevista 2);
- *“A pessoa é velha quando perde a rapariguinha que tem dentro de si”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5);
- *“Eu tenho espírito muito jovem”* (Joana, 66 anos, entrevista 1).

Neste sentido três entrevistadas afirmam que só é velho quem desiste de viver, quem se considera *“um falhado que deixou de lutar e de ter aspirações”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5). Margarida (81 anos, entrevista 14) demonstra a alegria e vontade de viver quando afirma *“velhos são os farrapos”*. Estas opiniões das entrevistadas vão ao encontro de Engrácia Leandro (1991, 364) quando esta afirma que *“envelhecer não é tanto um declinar da idade, do físico, do psíquico ou qualquer outro aspecto humano ou social. É sobretudo aprender a viver”*.

Clara (73 anos, entrevista 10) e Conceição (67 anos, entrevista 4) comparam um velho a uma criança que precisa de cuidados e atenções redobradas – *“uma pessoa quando vai para velha fica a ser criança outra vez”* (Clara). Está aqui presente a ideia que os idosos são pessoas mais fragilizadas em termos de saúde e que, portanto necessitarão de outros cuidados físicos e médicos muitos dos quais não poderão ser prestados pelas redes de solidariedade social que, aliás, nem sempre existem. Neste sentido, Manuel Villaverde Cabral (2002) afirma que a fragilidade económica aliada à debilidade biológica dos idosos torna este grupo mais vulnerável em questões de saúde. Esta questão das desigualdades sociais tenderá a agravar-se com a actual dificuldade em manter as redes de cuidados informais o que culminará na obrigatoriedade de pagar estes serviços, sendo um fardo financeiro que não poderá ser suportado por todas as famílias.

Está assim presente a ideia que velhice e fragilidade física andam a par e passo, daí duas entrevistadas terem referido que velho é aquele que *“perde as forças do corpo, que vai perdendo as forças do corpo e que não tem prontos, aquela força como novos”* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12). A velhice é um destino a que ninguém pode escapar, como nos relembra Sandra (85 anos, entrevista 17) que nos conta a resposta que deu a duas jovens que iam apressadamente para a Igreja para não se sentarem à beira dos velhos – *“oh meninas, estão a falar dos velhos não é, mas lembre-se que são agora novas, também chegam a velhos”*.

Além da idade social e da idade psicológica, Birrem e Cunningham (1985) (*apud* Fontaine, 2000) consideram que o indivíduo tem também a idade biológica, que se refere ao envelhecimento orgânico sofrido por cada um dos órgãos, os quais não envelhecem ao mesmo ritmo. As idosas referem, muito poucas vezes, ao longo dos seus discursos, que têm uma idade biológica – *“agora a doença dos*



*ossos é da velhice*” (Margarida, 81 anos, entrevista 14), “*quando a pessoa é nova aguenta tudo, mas quando se tem uma certa idade já não*” (Madalena, 67 anos, entrevista 3).

A velhice é olhada como mais “*uma etapa da vida que a gente tem que encarar com naturalidade, embora muitas pessoas não aceitem*” (Joana, 66 anos, entrevista 1). E, efectivamente, nem sempre a velhice é bem aceite pelos próprios pois as mudanças que ocorrem são muitas: os filhos partem e a casa fica mais vazia, a rotina do dia a dia já não é ocupada com uma actividade laboral, o corpo já não faz o que fazia e cansamo-nos mais rapidamente, mais facilmente ficamos doentes e, quando olhamos para o espelho, vemos que o nosso rosto se modificou.

A velhice é sinónimo de uma grande experiência de vida resultante da trajectória de vida individual, sendo o velho tido como um mestre:

- “*Uma pessoa que viveu, que fez a sua caminhada de vida e que hoje tem o seu valor porque é um mestre, porque tem a sua experiência do que viveu, do que já passou, dos governos que já foram. Um velho não deve dizer «estou velho», mas deve pôr os seus conhecimentos em prática, ser um posto transmissor*” (Isabel, 73 anos, entrevista 11).

Kofi Annan (Organização das Nações Unidas, 2003, 13),\_Secretário Geral das Nações Unidas, defende esta ideia de que um idoso é um mestre citando um provérbio africano – “quando morre um ancião desaparece uma biblioteca”. Com isto quer dizer que “as pessoas idosas são intermediárias entre o passado, o presente e o futuro. Sua sabedoria e experiência constituem verdadeiro vínculo vital para o desenvolvimento da sociedade”.

As idosas entrevistadas ensinam-nos a olhar a velhice de forma renovada pois ao longo das entrevistas só nove das dezassete entrevistadas verbalizam catorze expressões em que se assumem como velhas de forma directa ou indirecta, tais como:

- “*Vou à missa todos os dias porque estou na terceira idade*” (Isabel, 73 anos, entrevista 11);
- “*Nas nossas idades nem tudo é permitido fazer e a gente não faz*” (Maria, 67 anos, entrevista 2);
- “*Agora a doença dos ossos é da velhice*” (Margarida, 81 anos, entrevista 14);
- “*Tenho 84 anos quase, faço em Abril, não vale a pena me abrir, a minha vida está gasta. É ou não é verdade?*” (Carolina, 84 anos, entrevista 16).

Somos da opinião que as entrevistadas ao não assumirem a sua velhice, de forma constante e contínua, pretendem transmitir uma ideia de jovialidade de espírito, de capacidade para o trabalho e para viver a vida; que são pessoas únicas, com grande experiência de vida, com sentimentos, emoções e desejos, capazes de ainda ter o comando da vida nas suas mãos. De certo modo, vão ao encontro de

Manuel Villaverde Cabral (2002) ao recusarem aceitar que o envelhecimento biológico culmine com o envelhecimento social. Bruno Dionísio (2001) defende que o envelhecimento não ocorre ao mesmo ritmo e, como tal, deve ser definido em função dos traços biológicos e não coincidir com a idade da reforma.

Joana (66 anos, entrevista 1) confirma esta ideia quando diz com muita certeza “*eu não tenho medo de ser velha!*”.

Cabe à sociedade actual não descurar os seus idosos, aceitando que estes ainda podem desempenhar um papel importante na sociedade, ensinando os cidadãos a construir pontes e não muros que dividem. Urge repensar a velhice (Leandro, 1991).

## Capítulo Sete

---

## Competências e saberes médicos

I PARTE – Capacidade de interpretar as questões dos profissionais de saúde	84
7.1- Um olhar sobre o médico	84
7.1.1- Profissional	85
7.1.2- Preocupado	87
7.1.3- Empático	89
7.1.4- Humano	92
7.1.5- Despreendido	93
7.2- Explicação da doença e permanência no consultório médico	95
7.3- Segue o médico	97
7.4- Mezinhas Caseiras	99
7.5- Doença, sofrimento e religião	101
7.6- Postura face à doença	106
7.7- Avaliação dos serviços de saúde	112
II PARTE - Capacidade de transmitir e comunicar os sintomas	115
7.8- Cultiva conhecimentos médicos	115
7.9- Médico, especialidades, doença	117
7.10- O que é a doença?	125
7.11- Medicação	130
7.11.1- Casas são autênticos supermercados de medicamentos	130
7.11.2- Folhetos Informativos	132
7.12- Cada um é o seu melhor médico	134

### I Parte

---

#### Capacidade de interpretar as questões dos profissionais de saúde

Muito do que se passa na consulta médica, o relacionamento entre médico e utente, a visualização que o utente tem do médico, os tratamentos que realiza, a percepção que o utente tem do seu estado de saúde e da intervenção do médico, passa pela capacidade que os utentes têm de interpretar os sinais e de os comunicar.

A capacidade das entrevistadas para interpretar as questões dos profissionais de saúde influencia a forma como cada uma delas visualiza a doença e se posiciona face a esta.

Os discursos que as entrevistadas partilharam connosco são uma interpretação, feita por elas, dos discursos dos profissionais de saúde, mas não podemos ignorar que as interpretações não reproduzem as situações tal qual elas aconteceram pois incluem uma percepção individual e única, fruto de quem somos e do que acreditamos.

## **7.1 – Um olhar sobre o médico**

Como refere Susana Duarte (2002, 16), “a procura de cuidados de saúde é um acto social. Envolve um conjunto de normas estabelecidas e que variam culturalmente; envolve a adopção de um papel; e o recurso a instituições sociais”. Deste modo, a relação que se estabelece com os médicos influencia a procura de cuidados de saúde, pois quando nos dirigimos a uma instituição de saúde, esvaziamo-nos de todo o nosso saber e esperamos a ajuda de quem detém a sapiência – o médico. Atentemos então na caracterização que as idosas entrevistadas, fazem dos seus médicos. Dividimos a caracterização do médico em quatro sub-temas – profissional, preocupado, humano, empático e desprendido.

### **7.1.1 - Profissional**

O indivíduo age de modo calculado isto é, age de modo a obter da outra parte determinada atitude ou acção. Quando vão ao médico, os indivíduos tendem a transmitir apenas o que consideram mais importante e julgam ser necessário para o diagnóstico do médico. Assim, o indivíduo transmite a informação que considera necessária, manipulando-a quer verbalmente quer através de expressões. Com o decorrer da consulta a interacção dos indivíduos modifica-se, verificando-se um acréscimo de informações que o utente transmite ao médico (Goffman, 1975).

Partindo da ideia que as primeiras impressões são as mais importantes, é necessário ter em atenção o que se diz e como se diz, não esquecendo que tudo em nós comunica e que os utentes estão atentos à forma como são tratados, à atenção que lhes é dada, ao carinho que lhes é transmitido.

Quadro III

*Caracterização do médico: profissional*

CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO	Nº
Detém saber	8
Põe doentes à vontade	3
Homens são melhores	1
Corajoso	1
Responsável	1
Respeitador	1
Total de Entrevistas	17

Foi pedido às entrevistadas que avaliassem o desempenho do médico através da questão ‘Gosta do seu médico de família? Porquê?’, apesar de ao longo das entrevistas as idosas fazerem esta avaliação do médico.

A característica do médico que mais sobressai é a de serem bons profissionais. Oito entrevistadas consideram que o médico detém o saber pois *“ele [médico] é que estudou e é que sabe das doenças”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5). Os médicos *“têm o saber, sabem mais do que nós sobre o corpo”* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12) daí que, em situação de doença se procure o médico:

*“Temos de nos queixar e o médico lá vai buscar a sabedoria que tem pois os médicos andam sempre em congressos, o médico tem que estudar a vida inteira. Agora são medicamentos que mudam, coisas novas. Eles têm que estar sempre actualizados”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11).

O médico é tido como um curador pois dominam os meios e as técnicas disponíveis no campo da medicina (McWhinney, 1994).

Enfim, o médico é um profissional de saúde é, segundo Maria *“um doutor bem formado”* pois tem um curso superior que lhe confere a sabedoria para curar as doenças:

*“São pessoas muito bem formadas, (...) são pessoas que têm uma postura muito séria, bonita e sabem lidar com todo o tipo de pessoas, pessoas mais nervosas, mais calmas, eles sabem mesmo, se a pessoa estiver um bocado mais nervosa eles sabem acalmar”* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

Daí que se afirme, o médico *“fez-me uma consulta muito boa”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16) e *“há bons doutores”* (Ana, 79 anos, entrevista 13). Enfim, o médico *“erre ou acerte dessa vez, está aplicando as melhores técnicas com o melhor das suas capacidades e que, de modo geral, é melhor depender dessas técnicas e capacidades do que depender do puro acaso”* (Goffman, 1961, 279).

O médico é caracterizado em segundo lugar por pôr o doente à vontade (3 entrevistadas) – *“sinto-me muito à vontade com eles”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5), *“gosto dele [médico], ele põe-nos muito à vontade e nunca tive problemas com ele. Qualquer coisa de ginecologia e tudo é ele”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

O médico é também tido como corajoso no sentido em que *“têm muita coragem para dizer ao doente quando estes têm uma doença terminal, nomeadamente cancerosa, responsável pois eles assumem muito a responsabilidade deles, responsabilizam-se por cuidar dos doentes”* (Maria, 67 anos, entrevista 2), educado como refere Maria *“sempre foram muito educados comigo”*. Há inclusive uma entrevistada que considera os médicos de sexo masculino melhores que os do sexo feminino:

- *“Gosto mais de médicos que de médicas. Acho que as mulheres... não sei acho que demonstram menos atenção à gente.(...) eu quando era mais nova gostava sempre de ir a médicos, acho que eles que dão mais atenção às senhoras”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8).

Ser respeitador e responsável são outras características atribuídas ao médico por Maria (67 anos, entrevista 2). Refere-se à responsabilidade dos médicos afirmando que estes *“assumem muito a responsabilidade deles, responsabilizam-se por cuidar dos doentes e cuidam”*. E, por outro lado, considera os médicos respeitadores – *“sempre foram muito educados comigo”*.

O saber do médico não lhe permite *“aconselhar um paciente que jogue no lixo o objecto muito danificado ou muito gasto em que seu corpo pode estar transformado”* (Goffman, 1961, 279) mas é usado para curar as doenças e o espírito de quem a ele recorre.

### 7.1.2 - Preocupado

Erving Goffman (1961, 279) considera que o doente não passa sem o médico, quando necessita dos seus serviços dá-lhe um tributo, aquilo a que chama de *“alegre pagamento do honorário”*.

#### Quadro IV

##### *Caracterização do médico – Preocupado*

CARACTERIZAÇÃO DO MÉDICO	Nº
Pensam na saúde dos doentes	7
Pensam em dinheiro	6
Pensam saúde doente / dinheiro	3
Total de Entrevistas	17

Sete das entrevistadas consideram que os médicos se preocupam com a saúde dos doentes, nove tem opinião contrária afirmando que os médicos pensam mais em dinheiro do que na saúde dos doentes. Dentro destas nove três referem que os médicos pensam na saúde dos doentes, mas também se preocupam em ganhar dinheiro.

- *“Os médicos pensam à boa fama. Tratam bem os doentes e olham por eles com muito carinho (...). Acho que os médicos não pensam em dinheiro, eles pensam mas é ajudar à boa fama compreende, amparar uma pessoa, ter mão nela”* (Ana, 79 anos, entrevista 13);

- *“Com certeza que há exceções, haverá pessoas que terão razão de queixa [dos médicos que apenas se preocupam com o dinheiro]. Eu não tenho. Poderão falar doutra maneira, eu é só assim que posso falar”* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

Outras entrevistadas referem – *“eu não tenho queixa”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11), ou então *“o meu médico não pensa em dinheiro”* (Amélia, 83 anos, entrevista 15).

Cláudia (69 anos, entrevista 6) apesar de afirmar que o seu médico de família se preocupa com a saúde dos doentes, refere um episódio vivido com o médico-dentista, considera-o ser um exemplo de que há médicos em que a atitude economicista se sobrepõe à humanista. Também Amélia (83 anos, entrevista 15) se refere a esta dualidade de pensamento – por um lado o médico de família demonstra interesse face à doente e por outro lado, o que move os médicos é o factor económico:

- *“Nunca tive essa experiência [com o médico de família], hoje praticamente é tudo mais pelo dinheiro, mas não é só médicos, é toda a gente, não é; (...) Ainda aqui atrasado andei aí desesperada, desesperada, desesperada, peguei e fui ao dentista. Olhe que me levou 50 ouros por cada dente que me tirou. Eu estava à rasquinha aproveitou-se de me tirar logo dois, eu estava à rasca. Do primeiro fez-me 45 ouros, no outro dia fui lá outra vez, disse que o outro também estava inflamado, também tinha que o tirar levou-me 10 contos, sem tirar radiografias sem tirar nada. Sem uma palavra. Não achei bem”* (Cláudia, 69 anos, entrevista 6);

- *“Eles o que querem é fazer o trabalho depressa e receber a massa. Isso é quase tudo”.* (Amélia, 83 anos, entrevista 15).

Algumas entrevistadas consideram que muitos dos médicos estão mais preocupados com o dinheiro que recebem do que propriamente com a saúde dos seus doentes, tal como refere Clara (73 anos, entrevista 10)– *“Há médicos que se interessam muito pelos doentes, há outros que passa à frente e fica para trás”*. Também Amélia (83 anos, entrevista 15) refere que *“caridades [os médicos] não fazem a ninguém. Isso caridade eles não fazem caridade nenhuma”*.

- *“É no dinheiro, é o dinheiro que eles [médicos] querem, é o que eles querem. Fui a um médico muito bom a pagar, primeiro levou-me 15 contos mandou-me lá ir daí a 8 dias ver mais umas coisas, mais 15 contos e depois deixei de lá ir. Ele era muito bom médico, mas depois não se pode pagar esse dinheiro assim, não acha? A minha reforma só são quarenta contos e pouco”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16).

Nem todos os médicos têm em atenção que muitos dos reformados portugueses recebem reformas baixas e que não podem pagar avultadas quantias pelos medicamentos, podendo os medicamentos genéricos ser uma opção viável. Esta é a situação de Patrícia (71 anos, entrevista 9):

- *“Há outros [medicamentos] que o substituem, mas ele nunca passa outros, é sempre aquele, ele nunca muda. Há outros mais baratos e ele nunca muda, é sempre aquele. E é bastante caro”*.

O que se verifica é que a maioria das entrevistadas (quatro) afirma que no geral, os médicos dão muita importância ao dinheiro, mas que o seu médico de família se mostra interessado na pessoa doente e não apenas no dinheiro.

### 7.1.3 - Empático

Como resultado das entrevistas efectuadas conclui-se que as entrevistadas dão ênfase à empatia que criam com o médico.

Quadro V

*Caracterização do médico: Empático*

CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO	Nº
Interessado	7
Amigo	6
Atencioso	5
Prestável	3



Transmite confiança	3
Simpático	2
Confidente	1
Meigo	1
Sincero	1
Elogia doentes	1
Total de Entrevistas	17

A característica empática do médico mais referida pelas entrevistadas é o interesse. O médico interessa-se pelo doente, como referem algumas entrevistadas:

- *“Fui à médica e a senhora doutora disse-me «Olhe que eu quero pô-la nova»”* (Ana, 79 anos, entrevista 13);

- *“[o médico] olhou para mim assim triste e disse «Oh D. Clara não se fique triste que eu logo que lhe arranje uma vaguinha digo-lhe»”* e, efectivamente passado uma semana foi operada pois *“este médico tinha interesse, interessou-se logo”* (Clara, 73 anos, entrevista 10);

- *“Tínhamos o Dr. Manuel que era um médico que se interessava muito pelos doentes. Ele fazia tudo, tudo para salvar qualquer pessoa. O Dr. António também é um médico que se interessa muito pelo doente”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3).

O interesse do médico vai além do doente e da doença e engloba a sua família como refere Joana (66 anos, entrevista 1) – *“ainda noutro dia foi lá o meu marido [ao médico] e perguntou-lhe pela Joarinha e pelas meninas, elas já não são meninas”*.

O médico além de interessado é um amigo (seis entrevistadas) pois empenha-se pelo doente como afirma Carolina (84 anos, entrevista 16):

- *“Eu fiz exames a pagar e nessa altura o Dr. Joaquim foi muito meu amigo, mostrei-lhe os exames e contei-lhe [que a médica de família não lhe tinha passado os exames] e ele prós medicamentos passou-me [pela Caixa]”*.

Ao longo das entrevistas são visíveis inúmeras expressões como *“ela [médica] é muito amiga”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14), *“é muito meu amigo [médico]”* (Joana, 66 anos, entrevista 1), *“eu é que tenho sorte que encontro sempre médicos muito bons e amigos, era um médico que era um espectáculo”* (Clara, 73 anos, entrevista 10). Esta ideia vem ao encontro de Michael Boland<sup>15</sup> (*apud* Duarte, 2002, 81) que considera que as pessoas querem alguém que as escute.

<sup>15</sup> Qu`atend-on du médecin? Fórum mondial de la Santé, Genève, Vol. 16, nº3 (1995), pp. 237-266

Além de interessado e amigo o médico é também tido como atencioso (cinco entrevistadas), simpático (duas entrevistadas), paciente (duas entrevistadas) e confidentes (uma entrevistada) respectivamente.

- *"Ela é de uma dedicação! Faz uma festa às pessoas de idade"* (Augusta, 68 anos, entrevista 5);

- *"Eu tenho uns médicos excelentes. Se é o oftalmologista é uma maravilha, se é o ginecologista é outra maravilha, o ortopedista nem há palavras para o descrever"* (Maria, 67 anos, entrevista 2);

- *"Os médicos aturam tudo, nem queira saber"* (Isabel, 73 anos, entrevista 11);

- *"O meu médico de família é mesmo como seja uma pessoa de família, eu falo com ele, sinto-me à vontade para falar de casos de família pessoais, da nossa família toda, em geral"* (Joana, 66 anos, entrevista 1).

Transmitir confiança e serem prestáveis é outra das características dos médicos que aparecem associadas. Como referem algumas entrevistadas:

- *"Eu acredito nos médicos"* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *"A minha confiança está nos médicos"* (Augusta, 68 anos, entrevista 5);

- *"Vá D. Clara, não tenha medo, vai ver que vai gostar [de ir a uma consulta psiquiátrica]"* (Clara, 73 anos, entrevista 10);

- *"O meu médico de família está sempre pronto para ajudar"* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *"Disse que tudo o que eu precisasse dela que ela estava à disposição [aquando da operação]. Mas não é connosco, ela é assim para toda a gente"* (Augusta, 68 anos, entrevista 5).

Aliada a estas características empáticas do médico sobressai a meiguice com que tratam os doentes, a sinceridade que demonstram perante estes e os elogios que lhes dão.

- *"O especialista [otorrino] não me magoou nadinha e este aqui [médico de família], aí meu Deus"* (Matilde, 70 anos, entrevista 8);

- *"Ele [médico] foi muito franco claro, se ele não fosse consciencialioso ele levava-me dinheiro e depois ficava na mesma [médico desaconselhou a operação às varizes]"* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *"Amarrou-me o braço [o médico da urgência] e no fim disse-me «A senhora até se portou muito bem, deixou-nos fazer o trabalho à vontade. Eu sei que isto no braço dói muito»"* (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

Outra das características empáticas que sobressai da análise das entrevistas refere-se aquilo que as idosas consideram que o médico deve fazer – auscultar, receitar, fazer a vontade ao doente.

Quadro VI

*O médico é bom se...*

CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO	Nº
Auscultar	3
Faz o que o doente quer	2
Receitar	1
Total de Entrevistas	17

Três das entrevistadas consideram que o médico é bom se auscultar os pacientes durante a consulta, como refere Augusta (68 anos, entrevista 5), *“a gente até dá o dinheiro [gasto nas consultas particulares] por bem empregue porque eles [médicos] explicam, eles auscultam-nos”*.

Duas entrevistadas dão importância ao médico que *“dá-me tudo o que eu quero”* (Conceição, 67 anos, entrevista 4), na opinião delas, faz aquilo que elas pretendem no sentido de lhes passar exames, radiografias, análises ao sangue, – *“Ah! senhora doutora, eu duvido disto por favor receite-me um exame, uma radiografia ou isto ou aquilo e elas [médicas do hospital] fazem”* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12), *“tudo que a gente le pede ele [médico] faz tudo”* (Conceição, 67 anos, entrevista 4).

Enfim, o médico é bom se auscultar a doente, se as autorizar a realizar os exames que consideram necessários e se receitar medicamentos – *“se lhe disser assim oh senhor doutor ou isto ou aquilo, ou aqueloutro pronto, ele lá receita, lá trago tudo”* (Conceição, 67 anos, entrevista 4).

Como refere Fabb (*apud* Duarte, 2002, 15) *“actualmente, as pessoas se encontram menos dispostas do que no passado a aceitar as indicações dos profissionais de saúde se elas não coincidirem com os seus próprios pontos de vista e crenças”*. O utente é tido como um sujeito activo capaz de fazer escolhas e de procurar a ajuda médica, que considere ser a melhor o que vai ao encontro de autores como Pereira (1993) e Berta Nunes (1987) referidos anteriormente.

Cada um de nós detém um saber proveniente de uma determinada cultura médica, da informação a que tem acesso e da herança cultural herdada de nossos pais todavia, como refere Susana Duarte (2002, 16), *“o resultado desta multiplicidade poderá ser a incompatibilidade de algumas mensagens e a consequente dificuldade em integrá-las, podendo originar recusa na aceitação das indicações dos profissionais de saúde”*.

Tendo em conta a descrição que as idosas fazem do médico podemos afirmar que estamos perante médicos que se importam não só com a parte física lesada dos doentes mas também com a pessoa, isto é, que seguem o modelo biopsicossocial.

#### 7.1.4 - Humano

Os médicos nem sempre acertam na prescrição que receitam, ou na doença pois são humanos, são seres iguais a cada um de nós.

Assim, seis das entrevistadas reiteram a confiança nos médicos apesar de terem consciência de que os médicos não acertam sempre:

- *“Tenho confiança, mas também ele não é um Deus nem ele próprio sabe se vai errar no medicamento que vai receitar ou não. Eu também já ouvi um médico dizer «nós não somos nenhuns deuses. Nós muitas vezes receitamos a medicação e não sabemos a reacção que a pessoa vai ter». Noutro dia ouvi um médico dizer isto na televisão”* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *“A gente queixa-se não é mas não sabemos se os senhores [médicos] vão acertar se não”* (Clara, 73 anos, entrevista 10).

Ana (79 anos, entrevista 13) questionou a sua médica de família sobre o aparecimento de *“tantas doenças esquisitas”* e esta respondeu-lhe *“nós às vezes não sabemos por onde lhes pegar, se soubéssemos onde lhes havemos de pegar, mas não sabemos...”*.

Os médicos são seres humanos iguais a cada um de nós, *“mas em questão de carne e osso somos todos iguais”* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12), *“é que o médico não faz milagres”* (Cláudia, 69 anos, entrevista 6).

#### 7.1.5 - Desprendido

Erving Goffman (1961, 281) afirma que um dos problemas que pode surgir na relação médico doente é “que os pacientes muitas vezes acham que podem obter conselhos em problemas não-médicos”. O desentendimento surge quando os médicos não estão dispostos a assumir este papel por motivos pessoais ou por considerarem que a sua função se limita a tratar da doença.

Para o autor as primeiras impressões são as mais importantes, fala na importância de “começar com o pé direito”. Na opinião de algumas das entrevistadas o relacionamento com o médico nem sempre se iniciou ou manteve “com o pé direito”.

Quadro VII

*Caracterização do médico: desprendimento*

CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO	Nº
Desprezo	5
Sizudo	4
Desinteresse	3
Antipatia	1
Repele doentes	1
Total de Entrevistas	17

Os nossos estados de espírito influenciam a nossa vivência diária. O médico não está alheio a esta realidade e nem sempre se encontra tão disponível, quanto o que seria desejável, durante o atendimento aos utentes daí que haja referência a um certo desprendimento por parte de alguns médicos de onde se infere o desprezo destes. Este desprezo é visível em expressões como:

- *“Fui à médica e pedi-lhe para passar as credenciais para eu fazer uns exames para não pagar por a Caixa. Resposta dela não passo, quem tem dinheiro para pagar consultas particulares também tem dinheiro para pagar exames”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16);

- *“A gente pede-lhe para receitar genéricos, não receita”* (Patrícia, 71 anos, entrevista 9).

A sisudez dos médicos é outra das características referenciadas pelas entrevistadas nomeadamente pela Anabela (70 anos, entrevista 7) que conta que quando se magoou no braço *“foi para o hospital e o médico que me atendeu era o chefe da equipa. Mal encarado (...)”*, pela Clara (73 anos, entrevista 10) que refere que uma das vezes que foi para o hospital *“saiu-me uma médica muito carrancuda, muito mal encarada, muito mal encarada mesmo”*.

Aliado ao desprezo e à sisudez sobressai outra característica de alguns médicos, o desinteresse face ao sofrimento dos doentes quando por exemplo o médico de família de Patrícia (71 anos, entrevista 9) se recusa a passar medicamentos genéricos, ou então, como refere Amélia (83 anos, entrevista 15), *“tenho ali os coisões [exames], ele [médico] viu tudo a correr. Desfolhou os exames, tudo a correr”*.

Maria (67 anos, entrevista 2) refere que uma vez encontrou um médico antipático, “*não voltei lá porque não simpatizei com a maneira dele (...). Eu é que achei-o assim sizudo demais, assim um bocado antipático para mim e pronto, não gostei. Só não gostei eu mas os gostos são diferentes*”.

Anabela (70 anos, entrevista 7) também refere que uma das vezes que foi ao hospital, quando entrou no gabinete do médico se aproximou dele, pois a sala era comprida e ele disse-lhe “*Fique aí, fique aí, não precisa de vir para aqui*”. Estamos assim perante um médico que, para a entrevistada, repele os doentes.

Esta insensibilidade e distância atribuída apenas a alguns médicos, aconteceu, quase sempre, em situações esporádicas e com médicos da urgência do hospital, que geralmente estão sob grande pressão, pois o trabalho da urgência é cansativo, stressante e muitas vezes nocturno. Todavia, este desprendimento, segundo a opinião de algumas entrevistadas, também é visível em alguns médicos de família – Sandra (85 anos, entrevista 17), Matilde (70 anos, entrevista 8).

O médico deve ter o cuidado de adaptar o seu discurso a cada um dos seus utentes, olhando-os como um todo numa perspectiva holística de modo a possibilitar a recuperação do equilíbrio do doente. Platão (*apud* Gadamer, 1997, 48) sugere que o verdadeiro médico “deve ver para lá do que constitui o objecto imediato do seu saber e do seu poder. Por isso, a sua situação ocupa um ponto intermédio – difícil de manter – entre um profissionalismo delegado do humano e uma aposta pessoal no humano”.

A convicção que o médico demonstra e a confiança que deposita no paciente desempenham um papel curativo essencial, numa “dimensão completamente diferente da acção físico-química dos medicamentos sobre o organismo” (*Idem*, 28). A verdadeira obra do médico é o restabelecimento do equilíbrio alterado pela doença. Este conceito de equilíbrio já desempenhava um papel fundamental em Hipócrates.

O médico “o seu saber e o seu poder-fazer são confirmados pelo êxito da obra” (*Ibidem*, 27). Hans-Georg Gadamer (1997, 28) compara o médico a um artesão defendendo a ideia de que, contrariamente ao artesão, o médico “não realiza uma obra completa. A saúde do paciente não pode assim olhar-se. Apesar de, obviamente constituir o objectivo da acção médica, a saúde não é algo feito pelo médico”.

A capacidade curativa do médico implica que estes detenham qualidades ao nível da comunicação tais como a escuta atenta, a facilitação, a transmissão de segurança. McWhinney (1994, 71) defende que mais importante que o domínio da técnica, tida como útil mas não superficial, a essência da cura está na “relação entre aquele que cura e aquele que sofre, uma relação que leva a um

crescimento e auto-conhecimento naquele que sofre. Tem sido muitas vezes dito que a atitude daquele que cura deve ser a de não fazer julgamentos”.

Estas ideias defendidas por McWhinney (1994) vem ao encontro da conclusão deste trabalho alusiva a esta temática, na medida em que as idosas dão grande importância ao saber técnico e científico do médico isto é, ao seu profissionalismo, mas não descaram a empatia que estabelecem com o médico e, o relacionamento com este, como veremos mais adiante, criticando o desprendimento demonstrado por alguns médicos face a eles.

## 7.2 - Explicação da doença e permanência no consultório médico

A importância do médico explicar aos utentes a doença é referida por treze das entrevistadas:

- “[o médico] *diz logo tudo. E diz logo os diabetes subiram é porque eu não fiz a dieta, é porque não fizeste aquilo que eu te mandei, não comas, não comas gorduras, como só cozidos e grelhados, não faças estufados. Ele diz logo tudo*” (Conceição, 67 anos, entrevista 4).

Três entrevistadas referem que o médico lhes dá explicações sobre o seu estado de saúde, mas elas já sabem tudo, tal como nos refere Madalena (67 anos, entrevista 3):

- “*Já sei o que tenho. Ele explica sempre tudo, eu estou dentro de todos os assuntos. Não sou pessoa que diga assim, eu não sei o que tenho porque eu estou dentro de todos os assuntos*”.

Outras entrevistadas (cinco) demonstram preocupação e curiosidade perante o seu estado de saúde afirmando, que apesar do médico lhes explicar como se encontra a sua saúde também o questionam:

- “*Eu também pergunto*” (Augusta, 68 anos, entrevista 5);

- “*Ah! a médica explica, mas eu também sou curiosa e pergunto*” (Maria, 67 anos, entrevista 2);

- “*Quando vejo que quero saber e não me está a explicar eu pergunto, eu pergunto*” (Margarida, 81 anos, entrevista 14).

Apenas três entrevistadas afirmam que o médico não lhes dá qualquer explicação sobre o seu estado de saúde, não demonstrando qualquer tipo de preocupação nem dando importância à situação. Ana (79 anos, entrevista 13) refere que “*olhe, eles nunca diz nada à gente. Num sei dizer...*”. Amélia (83 anos, entrevista 15), afirma que usualmente o médico não lhe explica como se encontra a sua saúde, todavia ela pergunta – “*Oh senhor doutor, eu afinal de contas fico a saber o mesmo*”.

A opinião das entrevistadas não é coesa pois quando se lhes coloca a questão “O seu médico explica-lhe a doença que tem?” afirmam, na sua maioria, que o médico lhes dá explicações da sintomatologia, todavia a dada altura do discurso afirmam precisamente o contrário face a situações pontuais vivenciadas. Foram sete os casos detectados nesta ambiguidade de discurso.

Há uma relação entre a explicação que o médico dá e o tempo de permanência no consultório médico. Atendendo a que as entrevistadas consideram, maioritariamente, que o médico que consultam lhes explica o seu estado de saúde, a permanência no consultório médico é tido como suficiente para a maioria das entrevistadas.

Apenas duas idosas consideram insuficiente o tempo de permanência no consultório médico – *“a gente não fala grande coisa que eles [os médicos] é praí 10 minutos ou isso [que dão a consulta]”* (Amélia, 83 anos, entrevista 15). As restantes entrevistadas são de opinião que é suficiente o tempo que permanecem no consultório médico:

- *“É, às vezes até é demais, às vezes até é demais que a gente às vezes até estamos a conversar coisas... ah, estamos a conversar que ele também gosta de conversar. Há pessoas que entram e saem e tudo, não é eu não tenho que dizer”* (Conceição, 67 anos, entrevista 4).

Todavia, Joana (66 anos, entrevista 1), apesar de se mostrar satisfeita com o tempo de permanência no consultório do seu médico recorre ao médico particular, pois enquanto que no Centro de Saúde os médicos *“tem aqueles doentes para despachar embora a gente fale e assim mas fala só de doenças e ali no consultório a gente fala se está tudo bem, se a família está bem”*.

Atendendo à satisfação geral demonstrada pelos sujeitos da investigação face aos médicos que frequentam, à atenção que estes profissionais de saúde lhes conferem, e ao tempo de permanência no consultório, não é de estranhar que poucas das idosas realizem exames e operações e frequentem consultórios particulares. Exceptuando quatro das entrevistadas que consultam com alguma frequência o médico particular (especialistas), todas as outras recorrem ocasionalmente aos serviços particulares. Esta baixa recorrência ao médico particular deve-se também ao facto de a maioria das entrevistadas terem sido domésticas ou terem tido profissões manuais (agricultora, peixeira, feirante) que não lhes permitia auferirem de salários elevados, não dispendo assim de capital económico para recorrerem com frequência a médicos particulares. Salientamos que Clara (73 anos, entrevista 10) frequenta alguns médicos especialistas particulares e outros no hospital.



### 7.3 – Segue o médico

O estado de doença pressupõe que o indivíduo assuma o papel de doente, mas para tal é necessário que o indivíduo se comprometa, nomeadamente, a tudo fazer para melhorar o seu estado de saúde (esta ideia defendida por Parsons em 1955 está patente em diversos autores – Duarte, 2002, Pereira, 1987).

Em termos gerais as idosas cumprem aquilo que os médicos lhes recomendam *“se não também não vale a pena lá ir”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16). Margarida (81 anos, entrevista 14) acentua esta ideia afirmando que *“eu acho que tudo o que eles dizem é pra se fazer. P’ra isso eles estudaram, sabem mais que nós”*.

No entanto, detectamos algumas falhas no discurso de algumas entrevistadas o que nos permite concluir que quando colocamos a questão “Segue o seu médico à risca” nem tudo o que é referido, apesar de ser considerado como o mais correcto pelas entrevistadas, é posto em prática pelas mesmas.

Face à alimentação verifica-se que a maioria das entrevistadas não cumpre na totalidade aquilo que o médico aconselha ou então, como refere Anabela (70 anos, entrevista 7), *“vai-se cumprindo”*, ou por falta de vontade ou por razões económicas. Cláudia (69 anos, entrevista 6) afirma que *o “médico diz come isto, come aquilo, mas a gente não tem dinheiro só para comer peixe...Mais ao menos sigo [o que o médico diz], o que posso”*.

Para muitos ainda perdura o mito que a ida ao médico tem como consequência directa a tomada de medicação. Efectivamente todas as entrevistadas se preocupam em comprar os medicamentos e em tomá-los tal como o médico prescreveu. Doze das entrevistadas afirmam tomar a medicação até ao fim – *“ai compro, se ele me receitar compro e tomo sempre até ao fim, tudo”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3).

Em relação a exames médicos todas as entrevistadas os realizam a pedido do médico. Apenas Clara (73 anos, entrevista 10) e Madalena (67 anos, entrevista 3) referem pontualmente não ter seguido o médico à risca quando não fizeram os exames pedidos por receio do resultado do exame. Clara (73 anos, entrevista 10) diz que *“o médico mandou-me para o hospital de dia fazer um exame, mas digo eu assim não vou marcar, não vou pois o hospital de dia é associado aos cancerosos”*.

Algumas entrevistadas referem operações a que foram submetidas a conselho dos médicos e apenas Madalena (67 anos, entrevista 3) afirma ter receio que o médico *“me diga que tenho que ser*

*operada aos intestinos e eu não quero ser*”. Talvez devido à idade avançada e à certeza de que a morte é uma realidade cada vez mais próxima, existe um certo receio face às operações.

Sem dúvida que quando se recorre ao médico é porque algo não está bem. Por outro lado, aceita-se que o médico é douto, possui um conhecimento sobre a doença e a forma de a curar e, como tal, quando a ele nos dirigimos pedindo-lhe auxílio tendemos a cumprir aquilo que ele nos manda de forma a regressarmos à vida activa rapidamente e a sairmos do estado de angústia em que nos encontramos.

A arte médica consiste precisamente num saber e num fazer em que cabe ao médico alterar uma situação de doença (Hans-Gadamer, 1997). Evidentemente que, apesar da importância do papel desempenhado pelo médico na cura, este só é possível se o doente desejar ficar curado e tudo fizer nesse sentido.

Muitas vezes, os conselhos do médico são complementados com saberes antigos provenientes de gerações anteriores em que se acredita que ajudam no tratamento de determinada doença. Deste modo, muitas das entrevistadas compartilharam connosco mezinhas caseiras, que ainda usam actualmente em casa e algumas que usavam pois antigamente “*médico de família e assim não tinham mas também não ligavam a isso era chazinho e assim viviam*” (Margarida, 81 anos, entrevista 14).

## 7.4 – Mezinhas caseiras

A medicina Ocidental tem muitos êxitos mas não podemos ignorar a existência do recurso a outras técnicas que evitem o sofrimento humano. As entrevistadas usam remédios caseiros porque acreditam que lhes trarão benefícios para a cura da doença ou para evitar o sofrimento que se julga avizinhar-se.

Como refere Susana Duarte (2002, 75) para determinadas situações a pessoa “dispõe de um arsenal de mezinhas e conselhos próprios do grupo”. Debrucemo-nos sobre algumas das mezinhas caseiras referidas pelas idosas entrevistadas.

### Quadro VIII

#### *Mezinhas caseiras*

PROBLEMA DE SAÚDE	SUGESTÕES DE CURA	
Dor de cabeça	Pano com vinagre na testa	
Dor de costas	Botija de água quente nas costas	
Dores de ossos, entorses	Endireita	
Sarampo	Vinho morno bebido e embrulhar a pessoa no cobertor vermelho	
Pneumonia	Linhaça dentro dum pano colocado no peito	
Prisão de ventre	Dois copos de água antes do pequeno-almoço	
Estancar o sangue	Açúcar	
Febre intestinal	Urtigas debaixo do lençol	
Diarreia	Chá de cidreira e pão quente	Chá
Dor no peito	Chá de limoneta	
Paragem da digestão	3 folhas de cidreira verde	
Má disposição	Chá de marcela	
Infecções	Barbas de milho	
Enfartada/ Empanturrada	Chá de cidreira	
Dor de estômago	Chá de malva	
Total de Entrevistas		17

Ana (79 anos, entrevista 13) afirma que *“dantes não havia medicina compreende, era tudo tratado à base de folhas, de urtigas, doía-lhe a cabeça era um paninho de vinagre na testa. Era ao estilo antigo, era o estilo antigo. Este estilo era também caracterizado por a gente curava-se em casa (...). Agora é só medicamentos, é só drogas p’ra dentro da barriga, não se tomava medicamentos Tânia, era uns chazitos, mais nada”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16).

A mezinha caseira mais referido é o chá. Anabela (70 anos, entrevista 7) diz *“olha, quando me sinto mal disposta eu não tomo medicamentos, tomo um chá”*. Ana (79 anos, entrevista 13) afirma que antigamente não se ia ao médico, quando se tinha febre intestinal, *“urtigas debaixo do lençol e o febre ia embora, depois havia um chá de limoneta para a dor de peito, as costas havia outras ervas que se esfregava nas costas e a dor das costas também ia embora”*. Quando a digestão parava *“três folhas de cidreira verde e tinha seca, meio quartilho de água e fiquei boa”* (Ana). Um chá de marcela era o remédio para *“quando a gente estivesse assim mal disposta ou com uma dor muito grande”* (Amélia, 83 anos, entrevista 15). Para a diarreia a solução está, segundo Ana, num *“chá de cidreira, um pão quente, acaba a diarreia”*.

Para as infecções, Augusta (68 anos, entrevista 5), natural de Viseu, refere que se usavam as barbas de milho, e para as dores de estômago usava-se o chá de salva que se cultivava nas hortas.

Para o intestino funcionar bem, Isabel (73 anos, entrevista 11) afirma beber, de manhã *“dois copos de água, antes do pequeno-almoço, por norma com qualquer coisa, se não enjoa e o intestino funciona-me bem”*.

Madalena (67 anos, entrevista 3) afirma ter estancado o sangue de uma variz que rebentou pondo-lhe *“um bocadinho de açúcar”*.

Para a dor de dentes Ana (79 anos, entrevista 13) *“metia-le sal que não aguentava as dores”* e para a dor de costas ou num braço *“ferve-se água uma toalhinha mete-se na água quente, põe-se uma luva para a gente não receber nas mãos a quentura, põe-se ali e está radical”*.

Elvira Lobo (1995, 17) afirma que “as atitudes perante a doença e a cura não são estáticas, permanecem no seio das comunidades ditadas por padrões culturais, religiosos e sociais”. O processo de cura varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com a sociedade em que este está inserido e a interpretação que ele faz da cultura. As idosas entrevistadas usam algumas mezinhas caseiras, porque acreditam que estes remédios caseiros são a melhor forma de alcançarem a cura. O processo de cura depende do grau de satisfação que cada um dos indivíduos demonstra face ao discurso produzido pelos profissionais de saúde, do grau de informação que cada uma das entrevistadas dispõe, bem como, do grau de angústia que a doença lhes provoca. Fundamental em todos os processos de cura é a convicção de cada uma das idosas ter escolhido a via de cura adequada para os seus males (Pereira, 1993).

Como refere Augusta (68 anos, entrevista 5), antigamente *“também usávamos processos caseiros, as cataplasmas, a linhaça, burato, facha de água quente”*. Eram os farmacêuticos na farmácia de oficina que faziam as pomadas e os xaropes. Matilde (70 anos, entrevista 8) também conta que quando se tinha a pneumonia a cura passava por uns *“copinhos que punham nas costas, deitavam fogo, era com ventosas. A gente deitava-se na cama, a nossa carne subia pelos copinhos e aquilo sarava”*.

A mãe de Clara (73 anos, entrevista 10) era endireita, *“punha as pessoas direitinhas, ela andava por todo o lado e era azeite caseiro”*.

Encontra-se presente uma divulgação do conhecimento médico que tem acontecido ao longo dos tempos associado a uma medicina popular onde a religião também desempenha um papel fundamental no processo de cura.

## 7.5 – Doença, sofrimento e religião

É impossível controlar o aparecimento da doença daí que lhe seja atribuída um carácter sobrenatural. Deste modo, uma das áreas do saber a que as idosas entrevistadas recorrem de forma a alcançar a cura da doença é à religião. O excesso de confiança na saúde pode desencadear a doença daí que se denote uma certa cautela quando se fala na doença (Hespanha, 1987) – “*nunca esteja pior, vamos andando*” (Maria, 67 anos, entrevista 2). Para os cristãos pode-se alcançar o milagre da cura através da reza e do sacrifício. Todas as idosas entrevistadas são católicas assumidas que através da Fé recorrem a Deus e aos santos para obterem a cura das suas doenças e amenizar o sofrimento em que se encontram (Pereira, 1993).

Na religião católica existem santos milagreiros e/ou protectores da doença, São Brás advogado da garganta, Santa Luzia dos olhos, São Vicente das bexigas, Santo Amaro dos ossos, e outras forças transcendentais mais abrangentes, como a Nossa Senhora da Saúde, a Nossa Senhora dos Milagres, Nossa Senhora dos Remédios. As peregrinações a lugares santos como Nossa Senhora de Fátima, S. Bentinho da Porta Aberta, em Portugal, S. Tiago de Compostela em Espanha, Nossa Senhora de Lourdes em França (Leandro, 2001).

Como cristãos que são, rezam, pedem a Deus e vão à missa, assumindo-se como católicas praticantes. Rezam porque “*Deus ouve toda a gente*” (Clara, 73 anos, entrevista 10) e porque “*agora há muita gente desviada da oração e do Senhor que é que nos ajuda*” (Margarida, 81 anos, entrevista 14). Privilegiam a ida à missa e “*rezo, e vou à missa todos os dias porque estou na terceira idade*” (Isabel, 73 anos, entrevista 11). Mas se há entrevistadas que vão à missa e rezam pedindo a Deus a graça da cura, Isabel (73 anos, entrevista 11) tem opinião diferente:

- “*Não vou à missa pedir saúde «Oh Senhor não vos esqueçais que o meu homem está doente e tem que ficar bom, e eu tenho que ficar boa». Vou oferecer Jesus ao Pai (...), pedir pela conversão dos pecadores, pedir pelos que morrem todos os dias sem sacramentos que não contavam morrer, em guerras, atentados e mortes súbitas*”.

Apesar de acreditarem em Santos e nos milagres, quando pedem algo pedem-no em primeiro lugar a Deus e só depois aos santos, nomeadamente a São Bento, Pastorinhos de Fátima, almas do Purgatório, São Judas Tadeu, Sagrado Coração de Jesus, São José, São Brás.

Algumas entrevistadas afirmam nunca pedir nada aos santos, direccionando os seus pedidos a Deus:

- “Eu acho que a gente deve ir directamente ao patrão, ao dono porque o santo para fazer o milagre tem que ter a ordem, não é? Porque ele não tem o poder, não é? Eu pelo menos penso assim” (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

- “Quando peço uma graça vou sempre a Deus (...), em vez de ir ao baixo ia logo ao alto” (Matilde, 70 anos, entrevista 8).

A crença na ajuda dos santos, sedimentada pela Fé é notória, quando se perde algo reza-se para que apareça:

- “Tenho muita devoção com as almas do Purgatório. Quando perco as chaves «Ai alminhas do purgatório que elas me apareçam que eu rezo um Padre Nosso» e num pouco aparecem-me as chaves onde eu nem sequer penso que elas deviam estar” (Carolina, 84 anos, entrevista 16).

A crença em Deus é visível no discurso das entrevistadas que consideram que “Deus sabe o que faz” (Clara) e “no fim da vida espera-se o que Deus dá” (Margarida, 81 anos, entrevista 14).

O discurso das entrevistadas está assim repleto de expressões religiosas que sub-dividimos em três partes – o agradecimento a Deus por proporcionar bons profissionais de saúde, aliviar o sofrimento que a doença causa, por determinados sintomas e/ ou exames não confirmarem diagnósticos menos positivos; o pedido surge num momento de desespero perante determinada doença. Pede-se a Deus uma boa morte, o descanso eterno para a alma do marido e a cura da doença através, nomeadamente, da possibilidade de se conseguir uma consulta médica; confia-se que se Deus nos dá determinada doença é porque tem algum propósito que nos transcende existindo uma confiança que Deus nos ajuda quando dele mais necessitamos.

Agradecem a Deus a saúde que têm, o bem – estar físico actual. Nas alturas de maior aflição voltam-se para Deus pedindo ajuda para a situação em que se encontram, demonstrando uma grande confiança na bondade de Deus, e na ajuda divina que este lhes dá, por exemplo, Sandra (85 anos, entrevista 17), a entrevistada mais velha, quando vai tomar banho receia cair por isso pede a protecção divina dizendo “Coração de Jesus tenho confiança em bós”.

#### Quadro IX

##### Expressões religiosas

AGRADECIMENTO	PEDIDO	CONFIANÇA
“Graças a Deus Nosso Senhor” (Amélia, 83 anos, entrevista 15).	“Ai eu não estou bem, que diabo é que eu tenho, oh meu Deus” (Ana, 79 anos, entrevista 13).	“E no fim da vida espera-se o que Deus dá” (Margarida, 81 anos, entrevista 14).
“Graças a Deus estou bem” (Sandra, 85 anos, entrevista 17).	“Só peço a Deus que tenha uma morte calma” (Maria, 67 anos, entrevista 2).	“pastilha da via sacra” (Margarida, 81 anos, entrevista 14).

"Não tenho dores, ando bem e como bem, graças a Deus" (Rosalina, 75 anos, entrevista 12).	"[Quando está perante a fotografia do marido afirma] Senhor, dai-lhe o eterno descanso" (Sandra, 85 anos, entrevista 17).	"[Quando toma banho diz] Coração de Jesus tenho confiança em bós" (Sandra, 85 anos, entrevista 17).
"Depois de ter tirado os sinais todos [o marido] fomos agradecer a São Bentinho ter corrido tudo bem e fomos à missa ao Sameiro" (Madalena, 67 anos, entrevista 3).	"Mas eu acho que tenho pedido e que tenho sido atendida" (Joana, 66 anos, entrevista 1).	"A doença priva-me de tanta coisa mas paciência existe, aceito-a graças a Deus" (Isabel, 73 anos, entrevista 11).
"Graças a Deus os joelhos estão bem" (Clara, 73 anos, entrevista 10).	"Peço a Deus quando me der morra logo" (Cláudia, 69 anos, entrevista 6).	"A gente diz assim aí eu sofro disto, sofro daquilo é a vontade do Senhor mas acho que prontos, que nós que temos que descontar alguma coisa neste mundo enquanto cá estamos" (Rosalina, 75 anos, entrevista 12).
"Foi um milagre grande que Deus me fez porque o oxigénio não faz falta" (Clara, 75 anos, entrevista 10).	"Oh meu Deus, nunca tenho sorte de ter uma consulta nem nada, que pouca sorte" (Amélia, 83 anos, entrevista 15).	"A gente pensa sempre que a nós não nos vai tocar [doença] e pronto. Nosso Senhor é que sabe aquilo que nos há-de dar, não há que ter medo" (Anabela, 70 anos, entrevista 7).
"De forma que até graças a Deus não nos apanhou [o insecto vermelho]" (Ana, 79 anos, entrevista 13).	"Se Deus quizer" (Sandra, 85 anos, entrevista 17).	"Deus é tudo" (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

Madalena (67 anos, entrevista 3) quando têm alguma dúvida sobre o seu estado de saúde, ou do seu falecido marido, consultava enciclopédias médicas usando como marcadores de doenças pagelas de santos. Em cada problema de saúde encontrava-se um postal de São Judas Tadeu, do Sagrado Coração de Jesus, São Bentinho, São Miguel Arcanjo, Pastorinhos de Fátima, Alexandrina de Balazar, entre outros.

Patente ao longo de quase todas as entrevistas estão também expressões de dor e de sofrimento aliadas à doença e à religião pois perante o sofrimento na doença as idosas recorrem, como vimos anteriormente, a Deus.

O sofrimento é algo de pessoal e depende de factores individuais. Como refere McWhinney (1994, 69) "os doentes sofrem mais se as suas dores não tiverem sido legitimadas por um diagnóstico físico e se, como resultado, os seus familiares ou o seu médico manifestam descrença da sua realidade". Quando associado ao sentimento de culpa o sofrimento na doença pode aumentar. O sofrimento assume assim uma dimensão física, mental e espiritual, o ser como um todo.

#### Quadro X

##### Expressões de dor e/ou sofrimento

NOME	EXPRESSÕES DE DOR/ SOFRIMENTO
Carolina (84 anos, entrevista 16)	- "Nunca estou sem dor"; - "Chíça, com tanta idade e tão aleijadinha que tou"; - "Custa-me muito andar, vejo-me consumida, quando vamos à missa custa-me muito (...). E é assim a vida".

Ana (79 anos, entrevista 13)	- <i>"Estive mal, fui ao hospital. Cheguei perto do hospital fiquei pior. Ai meu Deus, ai meu Deus que eu vou morrer";</i>
Margarida (81 anos, entrevista 14)	- <i>"Antes quero sofrer porque [os medicamentos] podem-me dar cabo do coração";</i> - <i>"Vamos andando e sofrendo, também o tempo há-de ser pouco".</i>
Matilde (70 anos, entrevista 8))	- <i>"Ontem até foi à missa e ajoelhei-me e não devia me ajoelhar sabes depois era umas dores no joelho";</i> - <i>"Olha, dantes chorava muito (...)".</i>
Amélia (83 anos, entrevista 15)	- <i>"Estou perdida aqui agora com as pernas, cada vez pior".</i>
Patrícia (71 anos, entrevista 9)	- <i>"Às vezes dói-me muito [o joelho] mas não quer dizer nada, é o mal dos ossos";</i> - <i>"Este [medicamento] dos ossos, vejo que o estômago coisa olhe, sofro um bocado. O que vamos fazer? Nós temos que sofrer um bocadinho".</i>
Sandra (85 anos, entrevista 14)	- <i>"Os meus ossos são lixados. Dói-me tanto as costas, as costelas".</i>
Joana (66 anos, entrevista 1)	- <i>"A bexiga descia (...). Era um corpo estranho fora do sítio é muito custoso. Quando começou menos mal ia-se aguentando mas depois com o tempo já era assim muito... custava-me muito".</i>
Rosalina (75 anos, entrevista 12)	- <i>"Eu só fazia radiografias e as radiografias não acusavam nada e eu sempre a queixar-me (...)".</i>
Madalena (67 anos, entrevista 3)	- <i>"Eu tenho muitas dores. Às vezes o sangue quer circular e não pode. Eu tenho muitas dores [nas pernas]";</i> - <i>"Olhe que eu com 23 anos fui operada e fiquei sem o período e nunca mais pude ter filhos está a perceber? Isso foi um desgosto muito grande".</i>
Isabel (73 anos, entrevista 11))	- <i>"Dá-me aqui uma dorzita [aponta para o peito] já há bastantes anos, pode ser uma má circulação, é daí que vem as trombozes. Se a gente se enervar um bocado ou magoar... lá vem a dor";</i> - <i>"Andava com uma dor forte [na coluna]".</i>
Clara (73 anos, entrevista 10)	- <i>"Eu também tenho passado uns bocadinhos bem maus";</i> - <i>"Mas dói-me muito e estômago";</i> - <i>"Ai que aflição pelo peito acima";</i>

Expressões de dor e de sofrimento foram encontradas na maioria das entrevistas com excepção de três – Maria (67 anos, entrevista 2), Augusta (68 anos, entrevista 5) e Conceição (67 anos, entrevista 4). Entrevistas como a de Madalena (67 anos, entrevista 3) e de Clara (73 anos, entrevista 10) estão povoadas de expressões de dor e de sofrimento físico e psicológico aliás, em ambas as entrevistas estamos perante um discurso sofrido e lamentoso essencialmente por motivos de doença (Clara e Madalena) e por motivos pessoais que se prendem com o recente falecimento do marido e o isolamento a que a idosa ficou voltada acrescido do facto de não ter filhos, alegadamente por negligência médica (Madalena).

Visível também ao longo dos discursos é o receio de vir a sofrer na morte e na doença. Matilde (70 anos, entrevista 8) afirma que *"só tenho medo ao sofrimento"*. Rosalina (75 anos, entrevista 12)



refere que ouve muita gente dizer que *“fulano morreu mas em antes de morrer sofreu tanto. E é isso que eu digo assim, tenho medo é de sofrer muito”*.

A interpretação que as idosas fazem dos discursos dos profissionais de saúde traduz-se em expressões em que está patente o receio de sofrerem com a doença, do sofrimento efectivo que a doença lhes dá, a coragem com que as idosas enfrentam a dor e a resignação que demonstram face a esta. McWhinney (1994, 69) afirma que “qualquer sofrimento pode ser tolerado se o seu significado é compreendido”. Vejamos algumas dessa expressões:

- *“Tenho medo de sofrer muito. Eu sou uma pessoa assim de coragem, mas tenho medo de sofrer”* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12);

- *“[a doença] é um sofrimento mas a gente também tem que encarar que as coisas são mesmo assim”* (Clara, 73 anos, entrevista 10);

- *“Nunca estou sem dor”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16);

- *“E digo eu assim [à médica de família] «olhe, vamos andando e sofrendo, também o tempo há-de ser pouco”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14).

Nestas expressões é bem visível a influencia que a religião assume nas entrevistadas, o que vem demonstrar que efectivamente, o homem é o resultado do meio social em que está inserido.

Mas não só, isto é, a postura que cada idosa adopta perante a doença é o resultado da capacidade de cada uma em interpretar os discursos dos profissionais de saúde.

## **7.6 – Postura face à doença**

As posturas individuais face à doença são diversas, e assentam em atitudes de responsabilidade fazendo antever a existência de preocupações com a doença e com a cura, enfim, com o seu bem-estar pessoal.

A interpretação da doença e a forma de a olhar situa-nos numa determinada sociedade e coloca-nos numa posição, em que “o doente pensará porque é que lhe aconteceu a ele e adaptará uma determinada postura perante a doença. Esta postura depende muito da sociedade e estrutura cultural em que se insere” (Pereira, 1993).

## Quadro XI

*Postura face à doença*

POSTURA FACE À DOENÇA		Nº
Preocupação		12
Aceitação	Aceitação geral	11
	Doença vem Deus	5
	Doença predestinada por Deus	2
Confiança		10
Queixa		8
Coragem		8
Luta		8
Cumprimento		6
Resignação		6
Positiva		6
"Eu sei tudo"		5
Pessimismo		4
Despreocupação		3
Privação		3
Inquietação		3
Desinteresse		2
Indignação		1
Total de Entrevistas		17

A primeira postura face à doença que ressalta da análise das entrevistas é a preocupação com a doença (12 entrevistadas). Esta preocupação é individual e cada inquirida demonstra-a tendo em conta a sua construção social e individual da doença.

Podemos analisar esta preocupação em várias perspectivas nomeadamente, a preocupação em não apanhar outras doenças, em ter alguma doença sem dela ter conhecimento e cuidados individuais de modo a não prejudicar a saúde:

- *"Agora já não vou assim muito às enfermarias, porque tenho andado fraca tenho medo de apanhar p'ra lá micróbio..."* (Clara, 73 anos, entrevista 10);

- *"A gente às vezes julga que não tem nada que está muito bem e às vezes não está nada bem, não é? As coisas aparecem"* (Anabela, 70 anos, entrevista 7);

- *“Porque é que eu agora saio muito raras vezes (...) porque sei que se eu caio parto os ossos e nunca mais o curo, nunca mais...”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3);

- *“Tenho muito medo da glicose, porque tenho muita família com diabetes”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11).

Isabel traz e lê as revistas da farmácia sobre saúde o que é bem demonstrativo do cuidado que tem com a sua saúde:

- *“E ainda agora há dias estava lá uma sobre a urina e eu assim, aí eu preciso disto, às vezes urino, mas fico assim um bocado inchada e estou a fazer retenção de líquidos (...) e eu trouxe e agora no dia 12 de Julho vou à médica e vou-lhe mostrar”.*

Ao longo das entrevistas é visível a preocupação em evitar a doença, mantendo e preservando a saúde. Esta preocupação face à doença reflecte-se também no desassossego perante as operações e a alimentação:

- *“Oh senhor doutor, eu se for a tempo não me importo de ser [operada]. O pior é se abre uma pessoa como a gente agora vê muitos e fecham...”* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12);

- *“Gostava muito e gosto [de carne de porco] e ninguém me proibiu mas eu sei que me faz mal e lá como uma vez ou outra no Carnaval ou assim...”* (Sandra, 85 anos, entrevista 17);

Há assim uma preocupação em não abusar dos alimentos que fazem mal à saúde de cada um *“tenho o cuidado de comer aquilo que posso”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14) e da medicação, havendo a noção de que medicamentos em demasia podem ser prejudiciais pois podem afectar outras partes do corpo:

- *“Sou teimosa porque eu da minha idade tomo medicamentos prós diabetes de manhã e à noite e vou-me pôr a comer mais (...) medicamentos? Antes quero sofrer porque podem-me dar cabo do coração”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14).

Apesar da preocupação demonstrada pelas entrevistadas, apenas seis demonstram atitudes cumpridoras face à medicação receitada pelo médico:

- *“E agora tomo sempre a medicação que ele receitou, todos os dias para não sentir aquele peso e ando com a meia elástica que é o essencial”* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *“Tomo tudo, tenho tomado e compro sempre tudo, sim senhora”* (Conceição, 67 anos, entrevista 4).

Há uma aceitação geral da doença quando esta surge, como já constatamos anteriormente *“nós devemos evitar estar doentes. Mas se as doenças surgir devemos combatê-las o mais rapidamente possível”* (Joana, 66 anos, entrevista 1).

O discurso religioso que as entrevistadas apresentam acaba por influenciar a postura destas perante a doença. A doença é assim encarada como sendo enviada por Deus:

- *“É Deus que dá a doença e a gente aceita”* (Clara, 73 anos, entrevista 10);
- *“Nosso Senhor é que sabe aquilo que nos há-de dar, não há que ter medo”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7);
- *“A doença é um dom de Deus”* (Ana, 79 anos, entrevista 13).

Duas entrevistadas, Ana (79 anos, entrevista 10) e Madalena (67 anos, entrevista 3), olham a doença como algo de predestinado por Deus – *“Agora penso assim, foi Deus quem quis assim”* (Madalena).

Enfim, a doença é algo de inevitável – *“eu acredito muito no destino, muito, muito, muito. Eu já sei que quando eu nasci eu tenho o dia certo e a zona onde vou morrer (...) por isso porque é que a gente há-de estar a fugir?”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8).

A confiança é outra atitude face à doença que a maioria das entrevistadas apresentam (dez entrevistadas). Confiança na cura, confiança que Deus intercede por cada um trazendo-nos a cura desejada, confiança que nunca teremos uma doença grave, no estado de saúde que apresentam e confiança em que o estado de saúde não se agrave.

- *“Eu melhorei imenso dos ossos”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5);
- *“E prontos, foi assim, desapareceu. Se bem o disse bem aconteceu. Deus ouve toda a gente. Nunca mais aconteceu [aparecer uma bola do tamanho de um greiro de milho na boca]”* (Clara, 73 anos, entrevista 10);
- *“Fico sossegada. Entre mortos e feridos alguém há-de escapar. Há pessoas que ficam aterrorizadas e até ficam doentes sem terem que ficar, porque pensam o pior. A gente pensa sempre que a nós não nos vai tocar e pronto”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7);
- *“Felizmente não me tem acontecido nada [doenças]; A minha saúde menina Tânia não está a 100% mas não me posso queixar. Acho que está benzinha até. Nunca esteja pior (...) e mais do que isso não me posso queixar”* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

As inquiridas demonstram uma grande coragem e capacidade de luta no sentido de demonstrarem interesse em obter o maior número de informações possível, face aos problemas de saúde que surgiram e face à medicação que tomam. As seguintes citações demonstram que, de facto, as inquiridas apresentam um discurso em que a coragem e a capacidade de luta aparecem na maior parte dos casos associados.

- *“A gente com coragem vai a todo o lado [e, que afirma que] “eu estava muito bem informada de tudo” (Clara, 73 anos, entrevista 10);*

- *“Se a gente for com medo [para a sala de operações] é muito pior. Eu fui normal, o que tiver de acontecer acontece. Eu sou um bocadinho corajoso mas graças a Deus correu tudo bem (...). A gente tem que puxar pelos médicos, tem que saber, interessa-se em perguntar se a medicação é para tomar toda até ao fim eu até pergunto se a medicação é para tomar até ao final ou se quando estiver melhor posso parar. Às vezes tem uns contras e eu quero saber” (Joana, 66 anos, entrevista 1);*

- *“Eu sou assim uma pessoa corajosa, sou de coragem, o que eu quero é sarar daí que, quando lhe reapareceu o problema no estômago eu peguei e tratei logo de procurar o médico que me operou da primeira vez, que ele trabalha no hospital e falei com ele mandada pelo médico que me fez o exame” (Rosalina, 75 anos, entrevista 12).*

- *“Nosso Senhor é que sabe aquilo que nos há-de dar, não há que ter medo” (Anabela, 70 anos, entrevista 7);*

- *“Mas quando é preciso...mas quando é preciso eu ponho-me a mexer e vou a um doutor que...sabe mais sobre uma parte do corpo não é” (Sandra, 85 anos, entrevista 17).*

Outra atitude face à doença que também é notória ao longo dos discursos é a queixa. Algumas inquiridas apresentam discursos queixosos, salientamos o de Madalena (67 anos, entrevista 3). Na maioria dos discursos, as inquiridas apresentam, de vez em quando, uma atitude de lamento o que se prende com um certo inconformismo face à vida e, principalmente face à doença. Expressões como *“eu de doenças oh Jesus, Meu Deus Nosso Senhor, de doenças estou cheia até às pontas dos cabelos. Foi o meu pai, a minha mãe que Deus tem e quem Deus levou agora [marido]” (Madalena, 67 anos, entrevista 3), “os meus ossos são lixados. Dói-me tanto as costas, as costelas” (Sandra, 85 anos, entrevista 17), “Oh Meu Deus, nunca tenho sorte de ter uma consulta nem nada, que pouca sorte” (Amélia),* demonstram bem este estado de espírito.

A atitude queixosa das inquiridas pode ser associada a uma outra, ao receio de sofrer. O receio de sofrer engloba o receio da dor física e da dor psicológica:

- *“Eu tenho medo a esta doença. Quer dizer, o meu maior medo é ao sofrimento porque vejo as pessoas de dia para dia ficarem definhada, cansadas. Têm a sentença marcada. Eu tenho muito medo à doença do cancro, tenho muito medo porque tenho medo ao sofrimento” (Anabela, 70 anos, entrevista 7);*

- *“Eu só tenho medo ao sofrimento” (Matilde, 70 anos, entrevista 8);*

- *"Eu não me podia levantar [do trambolhão que deu], ai minha Nossa Senhora!"* (Carolina, 84 anos, entrevista 16);

- *"Foi um choque muito grande, tanto para mim como para ele [marido] eu gostava muito de crianças e quem Deus levou também gostava muito de crianças [não poder ter filhos aos 23 anos depois de ter abortado espontaneamente e ter passado por uma intervenção cirúrgica], este dos ossos, vejo que o estômago coisa olhe, sofro um bocado. O que vamos fazer? Nós temos que sofrer um bocadinho"* (Patrícia, 71 anos, entrevista 9).

Concomitantemente com esta atitude queixosa as inquiridas (seis) apresentam também um discurso muito positivo face à saúde em que afirmam que *"eu estou-me a sentir bem"* (Ana, 79 anos, entrevista 13), *"a minha saúde olhe, está mais ao menos"* (Amélia, 83 anos, entrevista 15), *"Como se costuma dizer, nem está a 100% boa nem 100% fraca"* (Isabel, 73 anos, entrevista 11), em que afirmam que quando vão ao médico *"já sei o que tenho. Ele explica sempre tudo, eu estou dentro de todos os assuntos"* (Matilde), *"eu sei o que tenho"* (Carolina, 84 anos, entrevista 16), *"as doenças que eu tenho não dá para fazer muitas perguntas, não é necessário, já sei tudo"* (Joana, 66 anos, entrevista 1).

Com menor incidência ao longo de algumas entrevistas (quatro), principalmente a da Madalena (67 anos, entrevista 3) que é uma mulher que fez uma estrectomia aos 23 anos ficando assim impossibilitada de ter filhos, o que lhe deixou mazelas muito profundas, surgiu outra postura face à doença, o pessimismo. Há a crença de que com a idade vêm as doenças e que *"em vez que eu vou andar para a frente não é, a gente agora vai para baixo não vai para cima"* (Clara, 73 anos, entrevista 10), como refere a Madalena (67 anos, entrevista 3) se sente *"muito mal menina. Com muitos problemas, sei lá e vamos aguardar melhores dias que isto anda um bocado..."*. Há uma inquietação, um desassossego face à doença visível em expressões como *"será que eu também tenho isso? Oh, não devo ter. Ainda não falei nisto à médica. Veremos, veremos"* (Isabel, 73 anos, entrevista 11).

Três das entrevistadas referem que a doença as priva de algumas coisas pois *"sabes uma coisa que eu te digo, gostava de andar de saias, de resto...Não ando por causa do aparelho e é feio. Sabes que ainda tenho uma boa perninha (risos)"*, diz a Matilde (70 anos, entrevista 8) que, depois de ter tido um Acidente Vascular Cerebral necessita de muletas para poder andar. Isabel (73 anos, entrevista 11) também partilha desta opinião pois devido aos problemas de saúde do marido não pode levar a vida que levava:

- *"A doença priva-me de tanta coisa mas paciência existe, aceito-a graças a Deus. Faz parte de nós menina, ela não para. (...) Acho que não o vou culpar [ao marido] desta doença, eu tinha outra vida. Eu gostava de participar aqui nas coisas todas daqui da paróquia, na Comissão Fabriqueira..."*

Apesar das várias privações a que a doença conduz as entrevistadas, estas privilegiam atitudes resignativas perante a doença (seis entrevistadas) – *“Eu também tenho passado uns bocadinhos bem maus”* (Clara, 73 anos, entrevista 10). Esta resignação perante a doença está intimamente relacionada com a aceitação da doença demonstrada pelas entrevistadas.

As idosas demonstram cumprir os conselhos dos médicos tendo sempre em vista o seu restabelecimento físico ou o não agravamento da doença:

- *“Eu ponho a travessinha na mesa mas sei que não o devo comer [arroz] e a travessinha fica lá”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14);

- *“Tomo e compro os comprimidos que o médico me receita”* (Ana, 79 anos, entrevista 13).

Surgem outras atitudes depreciativas face à doença com menor incidência tais como a despreocupação (3 inquiridas) e o desinteresse face à doença (duas inquiridas):

- *“Às vezes chegava lá ao [Centro de Saúde], esperava, esperava, não haviam vagas para atender vinha embora. Depois passava muito tempo sem lá ir, a ver se tinha vez”* (Amélia, 83 anos, entrevista 15);

- *“As minhas [varizes] começaram a partir dos 30 anos, nem podia apanhar sol mas eu não ligava nenhuma”* (Joana, 66 anos, entrevista 1).

A doença causa inquietação nas entrevistadas, inquietação de sofrerem de alguma doença e não saberem ou de piorar o estado actual de saúde:

- *“(…) quer dizer, correu tudo muito bem [a operação] mas às vezes a gente pensa assim, seria algum mal que lá estaria? A gente não sabe”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3);

- *“110 é o máximo [glicose no sangue]. Se passar... mas nunca passei”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11).

Por fim, a Clara (73 anos, entrevista 10) demonstra uma atitude de indignação face à prescrição passada pela médica do hospital dizendo *“imagina para uma pessoa cheia de complicações, que tomasse um benuron quando tivesse dores. Isso não se faz”*. Isabel (73 anos, entrevista 11) também se mostra surpresa quando lhe é comunicado que tinha osteoporose – *“eu fiquei admirada quando a minha médica aqui há tempos me disse que eu tinha osteoporose e digo assim «E eu tenho osteoporose? Nunca tive»”*.

Vemos assim que o auto-posicionamento face à doença assume variações que vão desde atitudes positivas como a preocupação, a aceitação, a confiança, a coragem e o cumprimento a atitudes a menos desejáveis como a queixa, a resignação e o pessimismo.

As idosas não demonstram qualquer preocupação em aprender com a doença isto é, demonstram diversas atitudes face à doença mas não fazem referência ao que aprenderam com a doença, demonstrando que “o que importa na doença é fazê-la desaparecer, para que o indivíduo retome as suas actividades sociais (Pereira, 1993, 168).

## 7.7 – Avaliação dos serviços de saúde

Durante a realização das entrevistas exploratórias sentimos necessidade de, em alguns momentos introduzir a questão “Se pudesse mudar alguma coisa no sistema de saúde, o que mudaria?”, acabando por inserir esta questão no guião final das entrevistas.

Com esta questão da avaliação dos serviços de saúde<sup>16</sup> pretendemos mostrar que, por um lado, as entrevistadas demonstram uma efectiva preocupação com o corpo e, consequentemente com a doença e, por outro lado, o olhar crítico das entrevistadas face ao funcionamento dos serviços de saúde. Salientamos que não é nosso propósito procedermos a uma rigorosa avaliação dos serviços de saúde, mas sim depreender a importância que o corpo representa para as entrevistadas através da preocupação que estas demonstram com estes serviços.

São dois os aspectos positivos dos serviços de saúde mais referidos pelas entrevistadas – a existência de mais médicos e a menor mortalidade existente. Por outro lado Isabel (73 anos, entrevista 11) afirma haver uma maior organização dos serviços de saúde, pois actualmente “*até nos telefonam para casa e mandam postais a adiar as consultas*”. O sistema de receitas actual também é valorizado por Margarida (81 anos, entrevista 14):

- *“Agora trouxe três receitas mas só se pode comprar uma, quando esta acabar vai buscar outra o que é agora já me deu três, já está em meu poder, quando acabar as três receitas volto lá mas isto é moderno que antigamente não dava, tinha sempre que se ir lá”.*

Joana (66 anos, entrevista 1) valoriza a actual assistência domiciliária (“*e agora, as pessoas não tem muito que dizer, esta assistência é tão boa*”) e os Centros de Dia (“*agora há Centros de Dia que são muito bons*”) e Cláudia (69 anos, entrevista 6) comenta a fiscalização que é feita aos lares actualmente – “*agora os lares andam mais apertadinhos e eu acho bem*”.

---

<sup>16</sup> Por esquecimento, esta questão não foi colocada a todas as entrevistadas



Em relação ao funcionamento dos serviços de saúde as entrevistadas referem também alguns aspectos negativos como o tempo de espera por uma consulta (quatro entrevistadas) e pela realização de operações (três entrevistadas) – *“vai-se a uma consulta espera-se muito, meses por ela”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14). Joana conta-nos um episódio que vivenciou:

- *“Olhe, eu tinha um ouvido cheio de cera, pedi ao médico para me passar para ir ao médico do hospital, sabe quanto tempo eu estive à espera dessa consulta? Um ano e tal. Se for caso de morrer bem tinha morrido”*.

Quanto ao tempo de espera por uma operação Anabela (70 anos, entrevista 7) afirma já estar há um ano à espera para tirar um sinal, desabafando *“agora aqui, aqui [em Portugal] uma pessoa está uma vida inteira à espera de ser operada”*. Augusta (68 anos, entrevista 5) refere que antigamente *“não havia listas de espera, as pessoas não se iam operar por tudo e por nada, morriam sem saber porquê”*.

Isabel (73 anos, entrevista 11) faz referência ao abuso da fisioterapia por parte dos idosos que a olham como uma prática social e não terapêutica criticando os médicos pois, considera que *“os médicos embarcam nisto [na fisioterapia]”*.

Matilde (70 anos, entrevista 8) afirma haver mais doenças nos dias de hoje, em comparação com outros tempos – *“Não havia assim tantas doenças”* - e, refere também a falta de seriedade de alguns médicos, nomeadamente do otorrino que se recusou a passar-lhe o recibo, afirmando que *“isto é uma pouca vergonha. Oh!...”*.

Outro aspecto negativo referido por Matilde (70 anos, entrevista 8) é a falta de lares e a falta de pessoal competente nos lares.

As entrevistadas fazem referência ao antigamente comentando o pouco desenvolvimento da medicina, a falta de médicos, que as conduzia ao endireita, à quase inexistência de medicação proliferando os remédios caseiros e as mezinhas. Eram tempos onde não havia a higiene nem os conhecimentos médicos actuais todavia, os partos aconteciam com a ajuda de curiosas<sup>17</sup>.

Algumas sugestões para a melhoria dos serviços de saúde são propostas pelas entrevistadas: diminuição das listas de espera quer para as operações quer para as consultas, diminuição do preço dos medicamentos e a existência de mais especialistas, nomeadamente de dentistas, nos serviços públicos.

Nunca a saúde foi tão debatida na nossa sociedade pelo cidadão comum, pelos políticos e pelos próprios profissionais de saúde, como actualmente. Os problemas da saúde são conhecidos e a

---

<sup>17</sup> Anabela define-as como *“mulherzinhas antigas; pessoas habilitadas viam e pronto”*.

forma de os solucionar é discordante mas, como refere Maria (67 anos, entrevista 2), “*se eles próprios [os profissionais de saúde] não melhoram e não fazem nem os políticos fazem, não sei muito bem o que é que se há-de fazer [para mudar os serviços de saúde em Portugal]*”.

Todas estas apreciações críticas, sugestões e aspectos positivos referidos em relação aos serviços de saúde, demonstram que existe uma efectiva preocupação com a saúde em geral e com a saúde de cada uma em particular. E, como é no corpo que a doença, fenómeno social global se manifesta, podemos tirar a ilação que existe uma preocupação em manter o corpo afastado das doenças.

A interpretação que as idosas fazem dos discursos dos profissionais de saúde depende da comunicação estabelecida entre médico e utente, da experiência anterior da pessoa com a doença, dos seus conceitos de saúde e de doença e da sua história de vida. As idosas mais não fazem do que uma reinterpretação da interpretação que o médico faz dos sintomas que cada uma apresenta.

Logo, a reinterpretação que as idosas fazem do discurso médico será tanto mais aproximada do real quanto maior for a capacidade do médico em descodificar a mensagem do idoso e o seu contexto. Daí a importância do médico manter-se “receptivo aos sinais de informação que indicam o contexto em que a mensagem do doente está codificada” (McWhinney, 1994, 80). No processo comunicativo é sempre necessário ter em conta o contexto em que a mensagem é transmitida pois só assim se podem interpretar os sintomas apresentados pelas idosas. As dificuldades comunicativas aumentam com a distância cultural dos participantes, neste caso, médico/idosas. Neste sentido, é necessário ter em atenção a comunicação não verbal dos doentes, como veremos na segunda parte deste capítulo (*Idem*).

## II Parte

---

### Capacidade de transmitir e comunicar os sintomas

#### 7.8 – Cultiva conhecimentos médicos

A capacidade de cada um para transmitir a doença e os seus sentimentos face à doença está relacionada com os conhecimentos médicos que cada um tenta cultivar e com a sua história de vida.

#### Quadro XII

*Cultiva onhecimentos médicos*

CONHECIMENTOS MÉDICOS	Nº
Informa-se com o médico	8
Televisão	5
Revistas	1
Enciclopédias médicas	1
Total de Entrevistas	17

Assim, a maioria das entrevistadas (oito) privilegiam o contacto com o médico para tirar dúvidas, pedir conselhos:

- *"Oh senhor doutor, e como é que eu tenho que fazer para me tratar?"* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12);

- *"Quando foi que eu fui operada quis saber o tempo que demorava, quanto tempo ia ficar internada e o que me iam fazer"* (Clara, 73 anos, entrevista 10);

- *"Eu até pergunto se a medicação é para tomar até ao final ou se quando estiver melhor posso parar"* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *"Ainda agora há dias estava lá [na farmácia] uma [revista informativa] sobre a urina e eu assim, aí eu preciso disto (...) e eu trouxe e agora no dia 12 de Julho vou à médica e vou-lhe mostrar"* (Isabel, 73 anos, entrevista 11).

Se há médicos que se limitam a prescrever, as entrevistadas demonstram ser cuidadosas e preocupadas questionando o médico – *"eu também pergunto"* (Augusta, 68 anos, entrevista 5), *"a gente tem que puxar pelos médicos, tem que saber"* (Joana, 66 anos, entrevista 1).

A televisão é a segunda forma mais referenciada pelas entrevistadas para cultivarem conhecimentos médicos. Tendo em conta que este trabalho se debruça sobre idosas, todas elas reformadas que passam imenso tempo em casa, a televisão funciona como uma companhia sendo *"raro os dias que em qualquer canal não vem médicos a falar. Nós agora estamos mais por casa, ouço mais"* (Isabel, 73 anos, entrevista 11). Abundam assim expressões como *"houve um debate ali [na televisão] entre médicos"* (Augusta, 68 anos, entrevista 5), *"noutro dia ouvi um médico dizer isto na televisão"* (Joana), *"pelo que ouço na televisão"* (Maria, 67 anos, entrevista 2), *"estão sempre a prevenir não é, na televisão por causa do cancro da pele e assim"* (Anabela, 70 anos, entrevista 7), *"ainda há dias deu na televisão um programa que falou em 122 qualidades de doenças de ossos, de doenças de ossos"* (Madalena, 67 anos, entrevista 3).

Madalena (67 anos, entrevista 3) privilegia a leitura de enciclopédias médicas quando tem alguma dúvida e, além da enciclopédia médica consulta livros de tratamentos médicos e alternativos:

- *“Quando tem qualquer coisa que desconfia de qualquer coisa vem aqui consultar o catálogo [Dicionário Médico das Selecções] para ver como é que há-de ser tratada. Eu vou mais aos livros do que ao médico”.*

Isabel (73 anos, entrevista 11) além da televisão privilegia a leitura de revistas da farmácia e, o farmacêutico *“quando não tem alguma vai-me buscar”*. Na farmácia tem *“revistas sobre as gorduras, sobre o stresse, sobre isto sobre aquilo. Nem que não tenha muito interesse para mim eu vou lá ler para dizer aos outros (risos). Ler gosto”*. Está assim bem patente o interesse que Isabel demonstra em se manter informada sobre tudo o que diz respeito a doenças e o empenho que demonstra em transmitir essa informação aos que a rodeiam.

Ressalta o pouco interesse que as entrevistadas demonstram face à literatura o que se prende com a baixa escolaridade e o analfabetismo de algumas das entrevistadas, surgindo assim a necessidade de se incrementar a importância desta literatura. Deste modo, quanto maior for o nível de instrução maior é a propensão para se ler, dando importância ao que se lê e tentando segui-lo e, inversamente, quanto menor é o nível de instrução maior é a valorização dos discursos dos profissionais de saúde, daí a importância de se sensibilizar os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, para a necessidade de comunicarem aos seus utentes o estado de saúde em que eles se encontram.

## 7.9 – Médico, especialidades, doença

A linguagem da doença é sempre a linguagem da relação do indivíduo com a sociedade. Em situação de doença o indivíduo segue as regras estipuladas pela sociedade em que se encontra inserido (Mendes, 1996).

Na construção individual da doença interfere a experiência de cada um da doença e a informação médica que cada um dispõe (*Idem*).

Para se interpretar as questões dos profissionais, transmitir e comunicar os sintomas é necessário debruçar-nos sobre a comunicação estabelecida entre médico e doente. Nem sempre existe

uma comunicação eficaz entre eles porque o médico não compreende o que o doente quer dizer ou não se consegue fazer explicar ao doente.

Quando comunica aos profissionais de saúde os seus sintomas, o indivíduo transmite-o de forma única, com uma linguagem própria de acordo com os saberes de que dispõe e o meio cultural em que se insere.

Nem sempre é fácil encontrar as palavras para comunicar ao médico o que se sente e em que parte do corpo é sentido. Quando contamos ao médico o que sentimos esperamos que este classifique a nossa doença e nos indique uma terapia, para diminuir a ansiedade que sentimos pois uma doença nomeada é uma doença quase curada. Todavia, nem sempre o médico compreende o que o utente lhe quer transmitir gerando-se uma discussão semântica.

A maioria das entrevistadas (doze) refere o nome do médico com que contacta habitualmente, e apenas cinco entrevistadas (Patrícia – 71 anos, entrevista 9, Joana – 66 anos, entrevista 1, Maria – 67 anos, entrevista 1, Matilde – 70 anos, entrevista 8, e Anabela – 70 anos, entrevista 7) não referem o nome de nenhum dos médicos, quer seja médico de família quer seja médico especialista. Quando falam no médico tratam-no por doutor ou senhor doutor com excepção da Margarida (81 anos, entrevista 14) que se limita a referir o nome do médico. Há duas entrevistadas, Ana (79 anos, entrevista 13) e Cláudia (69 anos, entrevista 6), que tratam alguns médicos pelo nome próprio e outros por doutor sendo este último o actual médico de família. Sandra (85 anos, entrevista 17) chama os médicos pelo nome exceptuando um deles que ora é tratado apenas pelo nome, ora é tratado por doutor.

Grande parte das entrevistadas (treze) refere que vai ou já foi a médicos especialistas e apenas quatro das entrevistadas (Patrícia – 71 anos, entrevista 9, Joana – 66 anos, entrevista 1, Amélia – 83 anos, entrevista 15, Margarida – 81 anos, entrevista 14) não fazem qualquer referência a especialidades médicas. Poucas são as entrevistadas que referem a especialidade limitando-se a falar em *“médico da bronquite e dos pulmões”* (Clara, 73 anos, entrevista 10), *“médico da garganta”*, *“médico dos ouvidos”* (Cláudia, 69 anos, entrevista 6), *“fui ao doutor Costeira por causa do coração”* (Sandra, 85 anos, entrevista 17), *“para a cabeça fui a outro médico”* (Conceição, 67 anos, entrevista 4). Duas entrevistadas (Ana – 79 anos, entrevista 13 e Cláudia – 69 anos, entrevista 6) fazem referência ao dentista e as restantes entrevistadas (oito) referem especialidades médicas. Todavia, há quem fale em médico dos pulmões e em ortopedista (Clara, 73 anos, entrevista 10), *“de 6 em 6 meses vou mas é ao (...) ginecologista e teve uma infecção na bexiga e foi ao médico ao especialista”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8). Há quem refira apenas especialidades médicas (quatro entrevistadas):

– “A minha nora é que me levou a um ortopedista (Isabel), de vez em quando vou ao cardiologia (Carolina, 84 anos, entrevista 16),

- “Se é o oftalmologista é uma maravilha, se é o ginecologista é outra maravilha, o ortopedista...” (Maria, 67 anos, entrevista 2).

Atualmente o Serviço Nacional de Saúde não contempla consultas de nenhuma especialidade médica o que significa que quem necessitar de um especialista tem de acarretar com os custos económicos da consulta e, por vezes, de exames médicos que nem sempre são comparticipados. Deste modo, uma consulta num médico especialista não pode ser suportada por todas as idosas, como já foi referido, nomeadamente por aqueles que tem reformas pequenas. Cláudia (69 anos, entrevista 6) denuncia esta limitação do Serviço Nacional de Saúde afirmando que “*agora para o dentista não há [no Centro de Saúde], para a garganta não há, para os ouvidos não há, para uma doença mais coisa não há, é só mesmo para a coisa do dia*”. Infelizmente nem todas as idosas podem tomar a iniciativa de Sandra (85 anos, entrevista 17) – “*mas quando é preciso eu ponho-me a mexer e vou a um doutor que... sabe mais sobre uma parte do corpo, não é*”.

O dentista é o médico particular que as entrevistadas mais consultam pois esta especialidade não existe nos hospitais e centros de saúde daí a obrigatoriedade de a eles recorrerem particularmente. Todavia, apesar do dentista ser o médico particular mais procurado, as idas a este especialista ainda são diminutas para a maioria das idosas o que se prende com a limitada oferta dos serviços públicos nesta especialidade o que significa que a população com menores recursos económicos não pode recorrer ao dentista e, por outro lado, julgamos não haver uma cultura direccionada para a higiene oral, como analisaremos posteriormente.

Exceptuando a especialidade de dentista, apenas quatro entrevistadas, Maria (67 anos, entrevista 2), Augusta (68 anos, entrevista 5), Madalena (67 anos, entrevista 3), Clara (73 anos, entrevista 10), consultam frequentemente médicos particulares com especialidades em Cardiologia, otorrinolaringologia, Ortopedia, dermatologia, pneumologista.

Entrevistadas como Matilde (70 anos, entrevista 8), Conceição (67 anos, entrevista 4), Joana (66 anos, entrevista 1), Carolina (84 anos, entrevista 16) procuram o médico particular quando são aconselhados ou consideram que é a melhor atitude a tomar. Referem que já frequentaram o cardiologista, o ortopedista (Carolina, 84 anos, entrevista 16), o médico da cabeça (Conceição, 67 anos, entrevista 4), da garganta (Sandra, 85 anos, entrevista 17), e para a infecção na barriga (Matilde, 70 anos, entrevista 8).

Amélia (83 anos, entrevista 15) e Carolina (84 anos, entrevista 16) frequentavam médicos especialistas o que não se verifica actualmente, com excepção de Amélia que vai ao dentista.

A informação recolhida através dos discursos das idosas sobre os seus estados de saúde foi organizada em sistemas do corpo humano, constituintes desse sistema, sintomas e doenças referidos pelas idosas, exames realizado e tratamentos.

### Quadro XIII

#### *Sintomatologia das idosas*

SISTEMA	CONSTITUINTES DO SISTEMA	SINTOMAS	DOENÇAS	EXAMES	TRATAMENTO
Gastro-Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estômago</li> <li>- vesícula</li> <li>- intestinos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diarreia</li> <li>- dores de estômago</li> <li>- presa dos intestinos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- divertículos estômago</li> <li>- esofagite</li> <li>- peritonite</li> <li>- úlcera nervosa</li> <li>- enterite</li> <li>- colite nersosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- endoscopia</li> <li>- ressonância magnética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cápsulas para o estômago</li> </ul>
Respiratório	<ul style="list-style-type: none"> <li>- brônquios</li> <li>- pulmões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- chiadeira</li> <li>- falta de ar</li> <li>- tosse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bronquiectasias</li> <li>- pneumonia/ infecção nos pulmões</li> <li>- bronquite asmática/ asma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- radiografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ginástica respiratória</li> <li>- nebulizador</li> </ul>
Nervoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nervos</li> <li>- cabeça</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dor de cabeça</li> <li>- falta de memória</li> <li>- má circulação</li> <li>- stresse</li> <li>- nervos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alzheimer</li> <li>- AVC: <ul style="list-style-type: none"> <li>● derrame cerebral</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TAC (cabeça)</li> </ul>	
Cardio-vascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- coração</li> <li>- veias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cansaço</li> <li>- pernas inchadas</li> <li>- má circulação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- angina de peito</li> <li>- bloqueio cardíaco</li> <li>- pericardite</li> <li>- hipertensão arterial</li> <li>- varizes</li> <li>- tromboflebite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- análises</li> <li>- electrocardiograma</li> <li>- ecocardiograma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meia elástica</li> </ul>



SISTEMA	CONSTITUINTES DO SISTEMA	SINTOMAS	DOENÇAS	EXAMES	TRATAMENTO
Genito-urinário	- uretra - bexiga - útero - ovários	- hemorragia - dor nos rins	- crises renais ( - mioma - fibroma	- ecografia (rins) - análises	- histerectomia
Osteoarticular Ou Musculo-Esquelético	- joelho - colo do fémur - articulações - músculos - coluna	- dor de costas - dor de joelhos	- quisto no joelho - lesão no menisco - hérnia discal - osteoporose • descalcificação localizada - reumatismo • artrose • artrite reumatóide	- análises - radiografias - TAC	- fisioterapia - prótese - analgésicos - anti-inflamatórios
Dermatologia	- pele	- manchas na pele	- doença de pele - sinais		- cremes
Otorrinolaringologia	- garganta - dentes	- dor de garganta - dor de dentes - ouvir mal	- piorreia (periodontite)		- desvitalizar
Sistema Hematológico ou sangue	- plaquetas		- anemia - leucemia	- análises	
Endocrinologia e metabolismo	- Glicose - Colesterol	- sangue gordo	- Dislipidémia • colesterol - Diabetes	- análises	
Total de Entrevistas					17

De entre as doenças referidas pelas idosas destacam-se as doenças osteoarticulares. Treze entrevistadas afirmam sofrer destas doenças - de reumatismo (Isabel), de onde destacamos as artroses (Isabel – 73 anos, entrevista 11, Patrícia – 71 anos, entrevista 9, Carolina - 84 anos, entrevista 16) e a artrite reumatóide (Carolina), de osteoporose (Isabel, Madalena – 67 anos, entrevista 3) que conduz a descalcificações localizadas (Augusta – 68 anos, entrevista 5), de quistos (Isabel), de uma lesão no menisco (Patrícia) e de uma hérnia (Carolina). Patrícia afirma “*a minha saúde é os ossos. De ossos é fraca*” e Madalena diz que “*nós da nossa família sofremos todos de ossos*”. Outras duas entrevistadas não indicam o nome da doença transmitindo expressões vagas que apesar de não nos permitirem identificar a doença, demonstra que apresentam problemas osteoarticulares – Margarida (81 anos, entrevista 14) afirma que “*agora o pior, numa certa idade foi os ossos. São os ossos a enfraquecer (...) a doença dos ossos é a velhice*”; Amélia (83 anos, entrevista 15) afirma que o médico lhe disse ter “*buracos no corpo*”. Referem sintomas como as dores de costas (Augusta, 68 anos, entrevista 5) e dos joelhos (Patrícia), mencionam os constituintes do sistema osteoarticular (joelho, articulações, colo do fémur), realizam radiografias sendo a fisioterapia (Clara – 73 anos, entrevista 10, Isabel e Matilde – 70 anos, entrevista 8) e os medicamentos anti-inflamatórios (Clara e Isabel) e analgésicos (Isabel) os tratamentos mais referido pelas idosas.

Apesar de a principal causa de morte em Portugal se dever às doenças cardio-vasculares, nesta investigação estas doenças surgem em segundo lugar, o que se deve ao facto de as entrevistadas serem idosas e de as doenças osteoarticulares terem uma forte incidência na terceira idade.

As varizes (Margarida – 81 anos, entrevista 14, Joana – 66 anos, entrevista 1, Madalena – 67 anos, entrevista 3, Amélia – 83 anos, entrevista 15), a tromboflebite (Madalena), a hipertensão arterial vulgarmente denominada por Amélia de “*tensões altas*”, o bloqueio cardíaco (Madalena) e a angina de peito (Carolina, 84 anos, entrevista 16), são as doenças pertencentes ao sistema cardio-vascular referidas por oito idosas. Clara (73 anos, entrevista 10) refere “*o meu coração não presta, é de cebola*”, não especificando qual o problema de saúde que apresenta. Como sintomas destas doenças descrevem as pernas inchadas (Joana, Madalena, Amélia) e a má circulação (Joana, Madalena). O coração e as veias são os constituintes do sistema que citam, enquanto que as análises, o electrocardiograma (Madalena) e o ecocardiograma (Carolina) são os exames descritos. Como forma de tratamento das varizes Joana refere que usa meias elásticas.

As doenças endócrinas e do metabolismo e as genito-urinárias, referidas por oito idosas, surgem também em segundo lugar.

Em relação ao sistema endócrino e metabólico as doenças mencionadas são o colesterol (Isabel – 73 anos, entrevista 11, Conceição – 87 anos, entrevista 4 e Margarida, 81 anos, entrevista 14) e os diabetes (Clara, Cláudia, Conceição, Amélia e Margarida) tendo Conceição e Clara mencionado como sintomas a dislipidémia que em linguagem coloquial denominam de sangue gordo. Como constituintes deste sistema Isabel refere a glicose e o colesterol, este último é também citado por Conceição e Margarida. As análises são o exame referido pelas idosas para detectar ou visionar o andamento destas doenças.

No sistema génito-urinário inserem-se as crises renais (Madalena – 67 anos, entrevista 3), os fibromas (Rosalina – 75 anos, entrevista 12, Sandra – 85 anos, entrevista 17, Joana – 66 anos, entrevista 1), os quistos (Joana, Ana – 79 anos, entrevista 13 e Clara – 73 anos, entrevista 10) e o mioma (Ana). As ecografias renais, e as análises são os exames realizados pelas idosas – Augusta (68 anos, entrevista 5), Isabel (73 anos, entrevista 11), Ana. Como sintoma referem apenas as hemorragias embora refiram vários constituintes do sistema – uretra (Madalena – 67 anos, entrevista 3) e Patrícia (71 anos, entrevista 9), bexiga (Matilde – 70 anos, entrevista 8 e Joana – 66 anos, entrevista 1), útero (Joana), trompas (Madalena) e ovários (Ana e Joana). Uma histerectomia foi o tratamento que Joana refere ter feito.

As doenças, referenciadas por sete idosas, pertencentes ao sistema Gastro-Intestinal são a esofagite (Carolina – 84 anos, entrevista 16), a peritonite (Madalena – 67 anos, entrevista 3), a úlcera nervosa (Sandra – 85 anos, entrevista 17), a enterite (Cláudia, 69 anos, entrevista 6), a colite nervosa (Madalena) e os pólipos (Rosalina – 75 anos, entrevista 12). Ana (79 anos, entrevista 13) refere que teve problemas no intestino – *“com aquela aflição os intestinos ligaram-se compreende, eu tinha sintomas para ter um bebé e falta de ar”* – não atribuindo uma denominação à doença. Como sintomas de algumas destas doenças as idosas referem a diarreia (Isabel), o *“estar presa dos intestinos”* (Isabel – 73 anos, entrevista 11) e as dores de estômago (Joana – 66 anos, entrevista 1). São referenciados alguns constituintes deste sistema como o estômago (Joana, Patrícia – 71 anos, entrevista 9), a vesícula (Carolina – 84 anos, entrevista 16, Augusta – 68 anos, entrevista 5, Joana) e os intestinos (Ana) embora nem sempre as idosas façam referência à doença. A endoscopia (Madalena e Joana) e a ressonância magnética (Madalena) são os exames mencionados e as cápsulas para o estômago são a forma de tratamento referida por Isabel (73 anos, entrevista 11) que não contando porquê afirma tomar estas cápsulas.

Cinco entrevistadas apresentam doenças pertencentes ao sistema respiratório – bronquite, asma (Conceição – 67 anos, entrevista 4; Clara – 73 anos, entrevista 10; Cláudia, 69 anos, entrevista 6;

Madalena, 67 anos, entrevista 3), pneumonia e bronquiectasias (Clara). Como sintomas da asma Conceição refere a “chiadeira” e a falta de ar, em relação aos constituintes do sistema respiratório citam os brônquios e os pulmões (Clara). Clara e Cláudia (69 anos, entrevista 6) mencionam as radiografias aos pulmões, sendo Clara a única entrevistada que descreve os tratamentos que faz: a ginástica respiratória e a nebulização.

As doenças do sistema nervoso são referenciadas por quatro idosas: os Acidentes Vasculares Cerebrais – derrame cerebral (Matilde – 70 anos, entrevista 8) e, as restantes idosas (três) referem que algumas das doenças que tem devem-se aos nervos, um dos constituintes e sintoma do sistema nervoso – Madalena (muito do historial clínico apresentado por esta idosa é a consequência da impossibilidade de ter filhos, depois de ter sido sujeita a uma intervenção cirúrgica devido a uma gravidez etópica, estando patente a influência da alteração do sistema nervoso no quadro clínico e na sua vida pessoal), Sandra (aflição na garganta) e Isabel (dor no peito). Conceição (67 anos, entrevista 4) refere ter feito um TAC à cabeça.

Outro sistema em que podemos enquadrar as doenças transmitidas pelas idosas é a otorrinolaringologia. Três idosas citam as doenças de que sofrem ou já sofreram, a periodontite que Anabela (70 anos, entrevista 7) e Madalena (67 anos, entrevista 3) numa linguagem coloquial denominam de piorreia, e a esofagite (Carolina – 84 anos, entrevista 16). Como sintomas destas doenças apresentam a dor de dentes (Ana – 79 anos, entrevista 13, Anabela), a dor de garganta (Sandra – 85 anos, entrevista 17) e o facto de ouvirem mal (Isabel – 73 anos, entrevista 11).

Duas idosas referem doenças pertencentes ao sistema dermatológico: doença de pele (Rosalina – 75 anos, entrevista 12) e sinais (Madalena). Como sintomas do seu problema de pele, cujo nome não é referido, Rosalina refere as manchas da pele, usando como tratamento cremes para a pele.

Carolina (84 anos, entrevista 16) refere que tem anemia, doença inscrita no sistema hematológico. Madalena (67 anos, entrevista 3) faz referência às plaquetas, um dos constituintes deste sistema.

A doença faz parte da sociedade em que estamos inseridos e, desde que nascemos aprendemos a lidar com ela. A avaliação do estado de saúde apreendida pela análise de cada uma das entrevistas relaciona-se com a maior ou menor experiência da doença vivida por cada uma das idosas.

Foi pedido às idosas que identificassem algumas doenças contagiosas. As doenças identificadas são o reflexo da história de vida de cada uma das idosas e, algumas delas, em décadas atrás eram a causa da elevada mortalidade vivida em Portugal. Sete entrevistadas referem a tuberculose como uma doença contagiosa, três referem a hepatite, duas referem a gripe e outras duas

a varicela. Quando falam sobre estas doenças as idosas expressam-se com grande à vontade e conhecimento o que já não acontece quando falam na Sida referindo que *sobre esta doença não sabem muito mas sei que existe e é contagiosa* (Maria – 67 anos, entrevista 2). A doença contagiosa mais referida é a Sida o que demonstra que as idosas estão informadas sobre a existência desta doença embora três entrevistadas demonstrassem não conhecer nenhuma doença contagiosa afirmando não ter doenças contagiosas apesar de *“haver muita gente que tem. Há muitas pessoas que tem doenças dessas”* (Amélia). Uma entrevistada, a Patrícia (71 anos, entrevista 9), refere a Sida e a tuberculose como doenças contagiosas mas, também o ácido úrico, o colesterol e as diabetes, evidenciando uma falta de conhecimentos médicos.

A trajectória escolar e social de cada uma das idosas influencia as atitudes, comportamentos e posturas com o corpo na saúde e na doença, os cuidados preventivos e a relação médico utente. Neste sentido, as idosas escolarizadas tem mais probabilidade de conhecer expressões linguísticas médicas a propósito da saúde, da doença e da cura (Leandro, 2001).

O indivíduo comporta-se como doente quando identifica o sintoma, o qual, por sua vez, dará lugar a um comportamento (Mendes, 1996). A conduta de doente é, na opinião de Felismina Mendes uma resposta à própria doença.

Denota-se uma certa actualização dos saberes médicos em idosas como Augusta (68 anos, entrevista 5), Maria (67 anos, entrevista 2), Isabel (73 anos, entrevista 11), Clara (73 anos, entrevista 10) e um conhecimento relativamente coerente e esclarecido de algumas funções do corpo humano, conhecimento este que se contrapõe, na maioria das idosas, que demonstram, ao longo do discurso, grandes dificuldades em exprimir as doenças que tem, os sintomas e as funções corporais.

A doença não tem o mesmo significado para as entrevistadas. O que é então a doença? Neste sentido, debrucemo-nos sobre a importância e sentido que as idosas atribuem à doença.

## 7.10 - O que é a doença?

*Mulher doente, mulher para sempre*

*Ditado popular*

Actualmente o homem tende a desculpabilizar-se da doença, atribuindo-a a causas exteriores como a sociedade ou a causas sobrenaturais, como a vontade divina. Ao mesmo tempo, quando a

doença se instala o indivíduo assume o papel de doente e, consequentemente, as regalias que este estatuto confere a quem dele afe.

Este conceito de papel de doente foi introduzido por Talcon Parsons em 1948 e em 1951 e foi desenvolvido no seu livro *The Social System*. De acordo com Susana Duarte (2002, 37), em Parsons, com a doença “surge um novo conjunto de normas que o indivíduo deve adoptar, caracterizadas por isenções, direitos e obrigações, reconhecidos pelo grupo social de pertença, que à atracção pela fuga às responsabilidades responderia com o exercício de algum controlo sobre os doentes”. A doença é assim tida como um desvio social de um conjunto de normas que representam a saúde.

Todas as entrevistadas explicam a doença que têm de acordo com o seu sistema cultural e com os papeis sociais e profissionais que desempenham na sociedade.

A entrevista era iniciada com a questão “Como está a sua saúde?” e sentimos que as entrevistadas falavam com muita facilidade e boa disposição sobre o seu estado de saúde.

Quadro XIV  
*O que é a doença?*

DEFINIÇÃO DE DOENÇA	Nº
Desagradável	6
Sufrimento	6
Dá a todos	3
Faz parte de nós	2
Privação	2
Inactividade	2
Sacrifício	1
Combate que travamos	1
Fenómeno da natureza	1
Desinteresse pela vida	1
Alegria	1
Mimo	1
Total de Entrevistas	17

Neste sentido, e tendo sempre presente que ninguém pode fugir à doença e que esta acontece a todos, as inquiridas caracterizam a doença como:

- *“Uma coisa desagradável. Estar doente perde-se tudo, a alegria e assim enquanto que uma pessoa com saúde é diferente”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7);

- *“É uma coisa má não é? Não sendo mal ruim já é uma coisa boa, não é?”* (Sandra, 85 anos, entrevista 17);

- *“Ai filha, é coisa má”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8);

Enfim, *“a doença nunca é boa, seja ela física ou psicológica”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5). Estar doente é também desagradável no sentido em que:

- *“A gente não tem disposição, não cria boa disposição, não é útil, não é nada. Tenho pena, muita pena de quem não tem saúde. Uma pessoa doente nunca está bem disposta, nem gera bom ambiente mas, o que se há-de fazer?”* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

As definições de doença acarretam, todas elas, sofrimento pois *“é um mal que nos atormenta e muitas vezes temos dificuldade em vencê-la”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5). A doença é sofrimento pois traz limitações físicas:

- *“Sabe Tânia uma coisa que me custa é não poder andar. Custa-me muito andar, vejo-me consumida quando vamos à missa, custa-me muito. (...) É assim a vida”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16).

Este sofrimento que a doença traz consigo é visto como algo de normal, a que não se pode fugir, pois a doença *“é um sofrimento mas a gente também tem que encarar que as coisas são mesmo assim”* (Clara, 73 anos, entrevista 10) e, *“Nós temos que sofrer”* (Ana, 79 anos, entrevista 13).

Há também quem veja o sofrimento que advém da doença como algo de *“bom porque tou mais perto de Deus o que é sofrir por causa dos filhos”*. Aliás, esta senhora, a Ana (79 anos, entrevista 13), tem uma forma de olhar a doença muito peculiar, pois também a considera como *“um mimo de Deus. Você faça ideia, a vida é um prazer, não nos devemos iludir do amor dos outros, só Deus é amor”*. Neste sentido considera a doença como *“um dom de Deus. Se não houvesse doença você sabe que nós éramos como uma árvore que cresce muito sem estaca e com a doença ficamos melhor”*. Esta definição de doença tem como base a religião cristã, acreditando-se num Deus Todo Poderoso que tudo pode. A doença é assim percepcionada como vontade divina, como uma forma de nos relacionarmos mais directamente com Deus.

A definição de doença da Rosalina (75 anos, entrevista 12), enquanto sofrimento necessário para acedermos à Vida Eterna vai ao encontro desta ideia. Afirma:

- *“Que a doença que nós temos que a enfrentar mas é um sacrifício que nós temos que passar. A gente diz assim aí eu sofro disto, sofro daquilo é a vontade do Senhor mas acho que prontos nós temos que descontar alguma coisa neste mundo enquanto cá estamos. Eu para mim penso assim”.*

A doença é assim vista como algo que vem de Deus – *“é Deus que dá a doença e a gente aceita não é?”*. Esta inquirida, a Clara (73 anos, entrevista 10), apresenta muitos problemas de saúde e uma grande coragem referindo que *“dou graças a Deus por isto tudo”*. Sandra (85 anos, entrevista 17) também afirma que *“para mim a doença é o Senhor que a manda. Temos que aguentar, não é?”*. Simultaneamente a doença surge como algo predestinado por Deus. Madalena (67 anos, entrevista 3) afirma que *“agora penso assim, foi Deus quem quis assim [que eu não tivesse filhos por motivos de saúde]”*.

A doença vivida, sentida e aceite como dada por Deus, vai ao encontro da opinião de Maria Hespanha (1987, 204) que afirma que a doença “representa na tradição religiosa popular «a vontade divina» e, por conseguinte, deve-se guardar respeito e mostrar-se temeroso a propósito dela”.

A doença enquanto forma de sofrimento vem também associada à ideia de que é algo que nos pertence (duas inquiridas):

- *“Faz parte de nós menina, ela [doença] não para” (...). A doença faz parte de nós, não é um castigo. Quem tem corpo de carne e osso está sujeito à doença, a pequenas infecções, ao desgaste das articulações (...). Vejo que a doença faz parte, existe. Não somos de uma matéria – prima que possamos estar excluídos da doença”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11).

Enfim, a doença é algo de inevitável, que toca a todos (três inquiridas), *“estou tão habituada que já nem custa (...) sabe Tânia uma coisa que me custa é não poder andar”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16). A doença pode também ser sinónimo de privação (2 inquiridas) pois, como refere a Isabel (73 anos, entrevista 11) *“a doença priva-me de tanta coisa, mas paciência existe, aceito-a graças a Deus”*.

Para Anabela (70 anos, entrevista 7) o receio de vir a ser detentora de uma doença cancerosa é um sofrimento constante, pois alguns dos seus irmãos já faleceram com esta doença, e o médico dedica-lhe uma especial atenção. Sem dúvida que a doença oncológica ganhou mais relevo na actualidade, sendo inclusivé tida por alguns, como a doença do nosso século. Aliás, quando é referida pelas entrevistadas a doença é pronunciada de forma diferente, denotando receio de que só pelo simples facto de se falar dela ela se possa instalar.

O que é certo é que *“a doença dá a toda a gente, não escolhe ser médico, nem outra coisa. Quando dá, dá”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7). Também a Sandra (85 anos, entrevista 17) vem



reforçar esta ideia de que a doença não escolhe idades, sexo, estatuto económico ou cor da pele, afirmando que *“as doenças dão aos novos e aos velhos, não escolhem idades”*. Porém para melhor vencermos a doença, devemos transformá-la num combate para que a doença não nos vença (uma inquirida):

- *“Enfrenta-se melhor uma doença se a gente souber e souber compreender aquilo (...). Casos há de pessoas que vencem devido a terem assim força de vontade”* (Joana, 66 anos, entrevista 1).

Há que salientar que a doença é sinónimo de inactividade (duas inquiridas):

- *“Se a gente não tem saúde (...) não é útil, não é nada [logo] eu doente não tenho a disposição para fazer o que faço com saúde. Eu se estou doente não me apetece sair de casa, não me apetece trabalhar, não me apetece comer, fico inactiva. Então afecta-me profundamente”* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

Ana vê a doença como uma alegria. Estar doente é bom *“porque tou mais perto de Deus (...) a doença é um dom de Deus”*. Afirma que se a doença não existisse *“nós éramos quase como uma árvore que cresce muito sem estação e com a doença ficamos melhor”* (79 anos, entrevista 13).

A doença é também olhada como *“um fenómeno da natureza. Nós não podemos estar sempre bem (...), também temos que ter um bocado de cuidado para não estarmos doentes”* (Joana, 66 anos, entrevista 1).

Toninha afirma que *“a doença faz parte de nós menina, ela não para (...) quem tem corpo de carne e osso está sujeito à doença, a pequenas infecções, ao desgaste das articulações”*.

A análise dos resultados vai ao encontro das conclusões do estudo de Herzlich (1996) que afirmam que a doença é algo de exterior ao indivíduo, e que lhe é imposto pela sociedade em que este se insere, na medida em que todas as respostas das entrevistadas consideram a doença como uma causa exterior ao indivíduo, assumem o que Susana Duarte (2002) denomina de comportamento desculpabilizante face à doença.

Constatamos que quanto maior é o grau de instrução menor é a propensão para considerarem a doença como sendo o resultado da vontade de Deus, como um castigo ou sofrimento terreno para se alcançar o Céu. Assim, as inquiridas com maior instrução associam a doença a algo de desagradável, que pode dar a qualquer um, e como tal, faz parte de nós, conduzindo-nos à inactividade. As entrevistadas não se sentem responsáveis pela doença, mas sentem-se tristes e abatidas, quando esta se instala.

O que é certo é que *“a idade vai avançando connosco e que a doença anda de braço dado com nós agora daqui para a frente”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11).

As definições de doença apresentadas pelas idosas estão associadas às crenças individuais de cada uma, na medida em que estas crenças individuais assumem um papel importante na forma como encaramos a doença e como adoptamos comportamentos de prevenção em saúde. A noção de doença, segundo esta investigadora, constrói-se através da experiência de cada um, do contexto cultural em que se inserem e da organização dos serviços de saúde a que tem acesso.

Susana Duarte (2002) afirma que a doença tem sempre um significado para o actor social que a vivência. A forma como esta é vivida ou interpretada por cada um depende da classificação usada pelo meio social e cultural onde se insere bem como pelo grupo social. Debrucemo-nos sobre a interpretação e importância dos medicamentos para as idosas.

## 7.11– Medicação

### 7.11.1 - Casas são autênticos supermercados de medicamentos

Debrucamo-nos sobre a capacidade que as entrevistadas têm para exprimir a doença ao nível da medicação.

Apenas três entrevistadas, Sandra (85 anos, entrevista 17), Rosalina (75 anos, entrevista 12) e Cláudia (69 anos, entrevista 6), se limitam a enumerar os medicamentos que tomam e a hora a que o tomam sem fazer qualquer referência ao problema de saúde que apresentam. Todavia, Cláudia ao longo da entrevista acaba por referir que *“para baixar a tensão estou a tomar comprimidos”*.

As restantes entrevistadas referem os medicamentos que tomam a hora em que o tomam e para que é que o tomam:

- *“Tomo o presentin para o sangue circular, para evitar dar trombozes, o lafron é para as varizes, tomo o omoplase para o estômago todos os dias à noite. Este é para dormir mas tenho dormido melhor com este [aponta para o medicamento]. De manhã tomo um daflon, ao meio-dia tomo outro daflon (...). Também tomo o coxil que é dos ossos (...). É este medicamento assim [levanta-se e vai buscá-lo] para os ossos porque me dá muitas dores de ossos (...). Isto é spray para os ossos, é um bocado cheiroso mas é muito bom”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3).

Contrariamente à maioria das entrevistadas, Augusta (68 anos, entrevista 5) não refere os medicamentos que toma, Maria (67 anos, entrevista 2) limita-se a referir que toma um medicamento para o cálcio e Rosalina (75 anos, entrevista 12) que toma uma injeção todos os meses.

É assim visível que as habilitações académicas influenciam a forma como cada um transmite a doença sendo que quanto maior são as habilitações menor é a propensão para expor a vida particular, falando da doença individual e dos medicamentos que toma.

As casas são autênticos supermercados de medicamentos mas, como refere Clara (73 anos, entrevista 10) – *“não confundo nenhum”*. Os medicamentos são guardados em sacas ou em gavetas mas o que é certo é que, exceptuando algumas entrevistadas, todas as outras mostram com orgulho a grande quantidade de medicamentos que ingerem afirmando:

- *“Tomo muita coisa e, o meu marido é igual”* (Conceição, 67 anos, entrevista 4) e, mais à frente diz *“Olhe, quer ver como não lhe minto (...) [abre a saca cheia de medicamentos e mostra-os] Olhe vê, tá a ver olhe, tomei isto tudo, quer ver? Ainda tenho lá outros tantos que me receitou pró mês, tá a ver? Tomo isto tudo, olhe tá a ver?”*;

- *“Isto é remédios que nunca mais acaba”* (Clara, 73 anos, entrevista 10);

- *“Oh menina, medicamentos não faltam nesta casa”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3);

Os filhos de Margarida (81 anos, entrevista 14) brincam com a mãe dizendo *“Vá lá buscar os seus comestíveis à senhora doutora”*.

O que é certo é que as idosas sentem-se bem, seguras com os medicamentos que tomam e, apesar de afirmarem que *“sou teimosa porque eu da minha idade (...) vou-me pôr a comer mais medicamentos? Antes quero sofrer porque podem-me dar cabo do coração pois o corpo está intoxicado de medicamentos”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14) todavia continuam a ir ao médico e a pedir medicamentos pois há o mito de que tomar muitos medicamentos é a forma de se prolongar a vida, de evitar males maiores. Como refere Manuel Villaverde Cabral (2002, 276) *“o hábito de os médicos receitarem medicamentos no fim das consultas, constitui uma espécie de ritual confirmatório não só da doença, como também – e talvez sobretudo – da cura”*.

Verifica-se que as entrevistadas são muito cuidadosas com os medicamentos, interessam-se em saber para que é que os tomam, e têm o cuidado de anotar os medicamentos que estão no fim para na próxima consulta médica trazerem a receita:

- *“Como na próxima vez, vou no dia 2 de Julho à médica ainda tenho o anti-inflamatório que tenho evitado, já lhe vou dizer que ainda tenho uma caixa inteira, que não preciso”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11);

- *“Ainda fui ontem à farmácia, já viu o que está ali, mas também não deixo acabar”* (Conceição, 67 anos, entrevista 4).

Está patente, ao longo das entrevistas, a ideia de que consomem medicamentos a mais e, esta ideia preocupa quatro das entrevistadas:

- *“Agora a pessoa não tem tempo para estar doente e então toma toda a espécie de remédios (...). Agora há pastilhas para tudo, dói a cabeça pastilha, qualquer coisa pastilha e isto tem efeitos secundários”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5);

- *“Agora é só medicamentos, é só drogas p'ra dentro da barriga”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16).

Estamos perante a ideia de que vivemos numa sociedade do “corre corre”, em que o tempo escasseia e, como não devemos ficar doentes porque isso origina um afastamento provisório da sociedade e das tarefas profissionais (Herzlich, 1996) e não só, auto medicamo-nos e tornamo-nos os nossos melhores médicos.

### 7.11.2 – Folhetos informativos

Vamos analisar a capacidade de interpretação das idosas face à leitura dos folhetos informativos e da medicação. Debrucemo-nos primeiramente sobre a tomada de medicação por iniciativa própria (auto-medicação) ou por indicação médica das entrevistadas.

No que diz respeito à medicação com prescrição médica, verifica-se que a maioria das entrevistadas (dez) toma medicamentos receitados pelo médico e toma-os até ao fim. Anabela afirma *“não, não, eu nunca tomo medicamentos sem ser por receita médica”*. Os medicamentos não devem ser tomados à toa como nos diz Cláudia (69 anos, entrevista 6) – *“a gente não toma remédios à sorte. Eu tenho essa coisa, os meus medicamentos são meus, não posso tomar também outros sem o médico dizer”*.

Em relação à auto medicação, verifica-se que cinco idosas recorrem ao uso de medicamentos sem indicação médica e quatro recorrem a medicamentos que não necessitam de receita médica, como é o caso dos analgésicos, das vitamis e dos laxantes, é o caso de Maria (67 anos, entrevista 2):

- *“Os medicamentos que tomo não são receitados pelo médico, mas se não são agora já foram. E portanto, eu quando preciso deles eu compro sem receita médica, é mais o caso do relaxante e doutro que eu tomo que é o cálcio”.*

Por outro lado, uma das inquiridas, a Madalena (67 anos, entrevista 3), recorre a medicamentos que, em princípio, deveriam ser tomados apenas por indicação médica, como é o caso dos antibióticos.

Patrícia (71 anos, entrevista 9) demonstra a sua insatisfação por não lhe prescreverem medicamentos genéricos – *“a gente pede-lhes para receitar genéricos, não receita [médico]. Nunca receitou um genérico”* - e, no lado oposto, Madalena (67 anos, entrevista 3) demonstra a sua recusa em tomar medicamentos genéricos - *“se algum médico me receitar os genéricos garanto-lhe que nem sequer o compro nem o tomo”*. Duas entrevistadas, referem tomar alguns medicamentos genéricos.

Observa-se assim que há uma apreensão com a medicação que é ingerida o que se constata através da preocupação que as entrevistadas demonstram ao assumirem que usualmente lêem os folhetos informativos inseridos nas caixas dos medicamentos.

Relativamente à leitura dos folhetos informativos as entrevistadas assumem que os lêem para se informarem sobre o medicamento, para saberem quais os efeitos secundários, para confirmarem o que o médico lhes transmitiu, por curiosidade ou para ver a validade do medicamento.

Quadro XV

*Lê folhetos informativos: razões*

MOTIVOS DA LEITURA DOS FOLHETOS INFORMATIVOS		Nº
Informar	Efeitos secundários	4
	Validade	1
	Para que é o medicamento	7
Curiosidade		1
Confirmar a informação do médico		2
Total de Entrevistas		17

O que move as entrevistadas a lerem os folhetos informativos das embalagens dos medicamentos que adquirem é, o desejo de se informarem sobre o medicamento que vão tomar, recaindo a informação que procuram sobre os efeitos secundários do medicamento (quatro entrevistadas), sobre a validade do mesmo (uma entrevistada), e para saberem para que é o medicamento (sete entrevistadas).

Augusta (68 anos, entrevista 5) afirma ler os folhetos informativos *porque gosto de saber o que tomo*. Rosalina (75 anos, entrevista 12) tem opinião idêntica afirmando *“eu gosto de saber para o que aquele medicamento dá enfeito, para o que se pode aplicar aquele medicamento que a gente toma”*. Já Maria (67 anos, entrevista 2) afirma ler sempre *“porque quero ver as contra-indicações e até que ponto sou sensível ou me fazem mal ou não fazem”*. Ana (79 anos, entrevista 13) afirma ter tomado um medicamento fora de prazo daí que diga *“agora a validade é que eu leio”*.

A leitura dos folhetos informativos também se deve à curiosidade em saber que tipo de medicamento se vai tomar (uma entrevistada). Madalena (67 anos, entrevista 3) afirma ler *“por curiosidade e porque aprendi com o meu marido”*.

Outra das razões que motiva as entrevistadas à leitura das bulas é a confirmação da informação fornecida pelo médico (duas entrevistadas). Joana (66 anos, entrevista 1) diz ler os folhetos informativos *“para ver se coincide com aquilo que o médico me mandou fazer, não é?”*.

Nem todas as entrevistadas lêem os folhetos informativos aliás, três delas assumem não ler pois não têm tempo e custa-lhes a ler (duas entrevistadas) e uma por ser analfabeta. Carolina (84 anos, entrevista 16) diz *“eu não tenho tempo e da minha vista também vejo mal agora e tem uma letra muito miudinha”*.

Conclui-se assim que há uma certa preocupação em conhecer a medicação que tomam, os seus efeitos secundários e a validade. A preocupação com a saúde/doença assume contornos diversos, vejamos então se cada uma das idosas é a sua melhor médica.

## 7.12– Cada um é o seu melhor médico

Com a questão “Cada um é o seu melhor médico, concorda?”<sup>18</sup> pretendíamos averiguar a preocupação demonstrada com o corpo em situação de doença, nomeadamente com a prevenção e a adopção de hábitos de vida saudáveis. Ambicionamos analisar as práticas usadas por cada um que demonstram, ou não, uma interiorização do valor da saúde individual. Maria (67 anos, entrevista 2) menciona que *“é muito importante ter saúde e de que maneira, é para isso que a gente se cuida, tenta conservá-la”*.

Não podemos esquecer que cada idosa é, na terminologia de Levinas (1988), um rosto único com experiências de vida também elas únicas e, neste sentido, cada um demonstra ser o seu melhor

---

<sup>18</sup> Este tema, tal como todos os outros, não foi analisado baseado apenas nesta questão mas sim através de todo o discurso (análise de conteúdo).

médico de acordo com a sua própria situação clínica e com as suas vivências. Como menciona Conceição (67 anos, entrevista 24), *“temos que olhar para a saúde da gente que se a gente não olha, quem é que há-de olhar”*.

Quadro XVI

*Cada um é o seu melhor médico*

PREOCUPAÇÕES DEMONSTRADAS	Nº
Medicamentos	15
Hábitos Alimentares	14
Exposição ao sol	10
Doença	8
Exames de rotina	6
Total de Entrevistas	17

Vejamos até que ponto cada um se assume como o seu melhor médico e em que áreas é que a preocupação é maior.

As áreas em que as entrevistadas demonstram maior preocupação em termos individuais com a sua saúde são ao nível da medicação (quinze entrevistadas) e dos hábitos alimentares (quatorze entrevistadas) que pertencem ao domínio dos cuidados médicos.

Entendem ser o melhor médico delas próprias em termos de medicação, quando evitam tomar medicação em excesso e desnecessária, quando tomam a medicação correctamente e, no caso da medicação não lhes estar a fazer bem, quando comunicam ao médico e/ ou deixam de a tomar:

- *“A minha filosofia de vida é esta: se eu puder evitar eu não tomo medicamentos porque haverá uma hora em que a gente vai ter mais necessidade e então toma o medicamento e ele actua”* (Maria, 67 anos, entrevista 2);

- *“Tomo sempre a medicação que ele receitou, todos os dias para não sentir aquele peso e ando com a meia elástica que é o essencial”* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *“Eu sou assim, tou a tomar uma medicação mas vejo que aquela medicação não me está a cair bem, foi o caso do oxigénio, não me está a cair bem não utilizei mais oxigénio”* (Clara, 73 anos, entrevista 10).

Enfim, conhecem-se a elas próprias e sabem o que lhes faz mal evitando-o. Neste sentido Isabel (73 anos, entrevista 11) refere que *“também nos estudamos a nós. Por exemplo, eu não gosto de coisas geladas nem me sinto bem, a mim caiu-me mal”*.

Também demonstram autonomia na toma de alguns medicamentos para situações de dor de cabeça e de ossos, e no uso da bomba para a asma:

- *“Se sentir a asma tenho que tomar, tenho bomba, se sinto falta de ar, por exemplo, às vezes vou à estrada e venho se estiver nevoeiro dou duas bombadelas”* (Conceição, 67 anos, entrevista 4).

A alimentação é outra das áreas em que as entrevistadas demonstram, em segundo lugar, ser as melhores médicas delas próprias. Os hábitos alimentares derivam das escolhas, convicções e necessidades individuais enquanto que, por outro lado, para algumas das idosas (três) são uma necessidade imposta pelo médico. A preocupação com a alimentação deve-se ao desejo que sentem de manter a saúde prevenindo-se:

- *“Eu entendo que para mim por causa dos intestinos que dá melhor os cozidos ou grelhados”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3);

- *“Eu acho que nós temos que ser médicos de nós próprios porque nós havemos de ver aquilo que nos faz bem e o que nos faz mal”* (Joana, 66 anos, entrevista1).

Como constatamos, procuram conhecer-se a si próprias no sentido de verem quais os alimentos que fazem mal (molhos, os fritos, o álcool, nomeadamente o vinho evitando os molhos e os fritos) bem como as quantidades a ingerir (à noite fazem refeições leves compostas por uma sopa ou por leite e pão). Matilde (70 anos, entrevista8) espelha bem esta ideia quando comenta *“sei o que me faz bem e o que me faz mal”*.

Outra das ilações que podemos retirar é que sete das idosas referem que ingerem produtos alimentares lácteos e seus derivados embora apenas uma (Isabel, 73 anos, entrevista 11) se refira à importância destes produtos.

Por outro lado, as idosas não descaram os conselhos dos médicos tendo alterado a alimentação com o aparecimento da diabetes (três entrevistadas).

Todavia, há idosas que não demonstram ter grandes cuidados com a alimentação (*“come-se mais fritos que grelhados porque eu não gosto de coisas secas”*), como Anabela e Matilde pois o seu estado de saúde não o exige e, como tal, consideram desnecessário cuidarem da alimentação.

Outra das preocupações demonstradas pelas idosas em termos de saúde prende-se com o uso do protector (dez entrevistadas). Os cuidados com o sol são evidentes e as entrevistadas afirmam não se exporem ao sol e, quando o fazem usam protector solar na maior parte das vezes. Maria (67 anos, entrevista 2) é a única idosa que refere a importância da praia para a saúde e bem-estar individual.



Curiosamente, as entrevistadas demonstraram ter mais cuidados com o sol do que com a doença propriamente dita (oito entrevistadas). A preocupação com a doença incide em duas vertentes: em curá-la quando ela se instala no corpo e em preveni-la (Duarte, 2002).

Quando a doença se instala reagem de forma diferente preocupando-se em tratar-se – vão ao médico, tomam injeções e medicamentos, fazem curativos e análises e, em muitos casos fazem o chá correspondente ao problema de saúde que apresentam. Sandra (85 anos, entrevista 17) afirma ser médica dela própria e, quando necessário recorre a um médico especialista.

Demonstram uma preocupação em estudar o seu próprio corpo e as doenças que o assolam, como refere Maria (67 anos, entrevista 2), *“cada um é que se estuda porque como alguém dizia, há doentes e não doenças. Porque a mesma doença nuns é diferente nos outros”*.

A prevenção da doença também está presente quando referem que lêem e vêem televisão para se manterem actualizadas em termos de saúde, quando vão a consultas de rotina e pedem conselhos ao médico e, quando referem o receio do monstro das doenças hereditárias. Como relata Joana (66 anos, entrevista 1), *“nós devemos evitar estar doentes”*.

O desassossego das entrevistadas em relação à doença leva-as a realizar exames de rotina (seis entrevistadas) quer a mando do médico quer por vontade individual:

- *“Há coisas que precisam de ser vigiadas, a gente não deve esperar pela última hora.(...) É como se diz, mais vale prevenir do que remediar e então é muito importante ter saúde”* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

Outros assuntos como operações ou folhetos informativos, fazem parte da inquietação das idosas mas não assumem referências significativas (apenas duas entrevistadas fazem referência a cada uma destas áreas) daí que não lhes tenhamos dedicado especial atenção.

O discurso dos hábitos de saúde e da responsabilidade individual na prevenção da saúde presente nas idosas entrevistadas demonstra que é visível a preocupação em adoptar comportamentos com vista à conservação da saúde:

- *“Acho que até o melhor remédio é a gente conservar a saúde, é talvez mais importante ter cuidado em a conservar do que depois ir-se tratar já quando estiver doente”* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

## Capítulo Oito

---

### DIFERENTES RELAÇÕES DE COMUNICAÇÃO

8.1- Relacionamento com o médico	139
8.2- Ida ao médico	142
8.3- Poder do médico	144

## 8.1 – Relacionamento com o médico

A ênfase colocada na tecnologia e a fragmentação da medicina na primeira metade do século com o aparecimento das especialidades médicas conduziram a uma deteriorização da relação médico/utente (McWhinney, 1994).

A ciência do comportamento chamou a atenção do médico para determinadas situações, nomeadamente a influência do comportamento adoptado no restabelecimento da saúde dos pacientes.

O relacionamento entre médico e utente é assimétrico na medida em que o primeiro detém o conhecimento que escapa ao segundo. Os contornos do encontro entre médico e utente, nomeadamente em termos de confiança, são determinantes para a construção de uma relação. O tipo de relação estabelecido entre estes dois actores sociais influencia a forma de olhar a doença e a cura (Leandro, 2001).

Talcott Parsons (1955) foi o primeiro sociólogo a estudar a relação médico-doente, referindo-se ao médico não como um sábio mas como um especialista que detém um poder especializado e que, por causa desse saber, detém um poder que lhe advém da sua formação académica específica.

A relação médico-doente é, na opinião de Parsons, caracterizada pela competência técnica, a qual atribui a supremacia ao médico.

Eric Landowski (2001) vai ao encontro da opinião de Engrácia Leandro (2001, 274) acrescentando que no exercício da medicina persistem, aquilo que denomina como “formas de cientismo reducionistas” no sentido em que se detém a preocupação em cuidar de um corpo cientificamente doente e esquecendo que esse corpo é propriedade de uma pessoa com sentimentos e emoções.

O diploma escolar e a trajectória social de cada uma das idosas influenciam o tipo de relacionamento construído com o médico e o tipo de linguagem usada por este.

Quadro XVII

*Relação com o médico*

CARACTERIZAÇÃO RELAÇÃO COM O MÉDICO	Nº
À vontade	15
Amizade	9
Confiança	6
Igualdade	4
Carinho	3
Evitamento	1
Total de Entrevistas	17

O modo de olhar um relacionamento varia de pessoa para pessoa de acordo com situações de poder, económicas, sociais e culturais.

A relação que as idosas entrevistadas estabeleceram com o médico é uma relação onde predomina o à vontade entre ambos, sendo que as entrevistadas referem constantemente que não tem *“nada com que me queixar, são bons médicos”* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

Esta relação de à vontade com o médico é visível ao longo das entrevistas na forma carinhosa e desprendida com que as entrevistadas falam dos seus médicos e em comentários como:

- *“Gosto dele, ele põe-nos muito à vontade e nunca tive problemas com ele. Qualquer coisa de ginecologia e tudo é ele”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

Madalena (Madalena, 67 anos, entrevista 3) afirma só consultar médicos com quem se sente bem – *“Eu vou a médicos que estou à vontade”*. Demonstram assim à vontade para colocarem questões e tirarem dúvidas sobre os seus estados de saúde bem como dos seus familiares:

- *“O meu médico de família é mesmo como seja uma pessoa de família, eu falo para ele, sinto-me à vontade para falar de casos de família pessoais, da nossa família toda em geral”* (Joana, 66 anos, entrevista 1).

São várias as expressões de amizade que podemos encontrar ao longo das entrevistas, tais como *“Ela [médica] é muito amiga”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14). O relacionamento médico-utente caracteriza-se primeiramente pelo à vontade (quinze entrevistadas) baseada no respeito mútuo como afirma Conceição (67 anos, entrevista 4) – *“ele trata-me com muito respeito, não tenho a mais pequena coisa que dizer dele”*.

O à vontade físico contrapõe-se a um estado de vergonha, presente num episódio vivenciado por Ana (79 anos, entrevista 13), decorrido na última consulta médica:

- *“Atão ela pôs-me nua, o meu mal era esse, nunca me despi dentro do Dr. Fernando nem do António, nunca me despi, eu tinha aquela mania”.*

Podemos encontrar à vontade no relacionamento de Matilde (70 anos, entrevista 8), detentora de uma disposição contagiante, com o seu médico quando vai à fisioterapia – *“eu até faço rir aqueles doentes todos. Elas até dizem lá, as da fisioterapia, a Dona Matilde havia de estar sempre aqui porque eu até faço rir aquela gente toda”.*

Este à vontade existente entre as idosas e os médicos transforma-se muitas vezes em amizade. Augusta (68 anos, entrevista 5) afirma *“sinto-me muito bem com todos os médicos a que vou. Alguns são meus amigos”.* Esta relação de amizade encontra-se presente em nove entrevistas.

Seis entrevistadas privilegiam a confiança no relacionamento estabelecido com o médico – *“eu geralmente tenho confiança nos médicos”* (Augusta), *“desde 90 que comecei a ir ao Sr. Dr. António. Há muita confiança entre nós”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3). Os doentes confiam ao médico as suas ansiedades, expectativas e receios.

Estamos assim perante médicos que na relação médico-utente valorizam as virtudes humanas (Carapinheiro, 1993).

Apesar de reconhecerem o valor e a importância que o médico desempenha na sociedade consideram o médico como uma pessoa vulgar, igual a qualquer outra (quatro entrevistas). Rosalina (75 anos, entrevista 12) afirma que os médicos *“não são mais do que nós acho eu. Eles têm o saber, sabem mais do que nós sobre o corpo mas em questão de carne e osso como somos, somos todos iguais”.*

Esta visão da profissão de médico é comparada ao passado onde o médico era tido como uma pessoa importante, com um estatuto social elevado, respeitada. Cláudia (69 anos, entrevista 6) diz que *“antigamente era mais, via-se um médico aí meu Deus, hoje não (...)”.*

Algumas entrevistadas no relacionamento com o seu médico privilegiam sentimentos de carinho. Assim, referem-se à relação carinhosa que mantêm com os médicos *são “carinhosas porque se fossem o contrário trocávamos logo...”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5).

Madalena (67 anos, entrevista 3) assume ter um relacionamento de evitamento com os médicos que frequenta. Para entendermos este relacionamento com o médico temos de ter em conta a história de vida desta idosa que, muito cedo, devido a uma cirurgia ficou impossibilitada de ter filhos e,

recentemente enviuvou daí que, como ela própria afirma, evite os médicos, preferindo consultar as enciclopédias médicas que tem em casa do que deslocar-se ao consultório médico:

- *“Eu vou mais aos livros do que ao médico”,*

- *“Eu fujo dos médicos sabe. Só vou em último recurso e às vezes se puder fugir deles...fujo. Evito de ir aos médicos por me ter acontecido aquilo que me aconteceu”.*

Paradoxalmente, o relacionamento desta entrevistada com o seu médico baseia-se também na confiança e no à vontade.

Concluimos assim que existe uma relação muito próxima entre as idosas e os médicos, menos horizontal, baseada no à vontade, não se verificando um distanciamento veemente face aos profissionais de saúde, que partilham valores idênticos aos das entrevistadas (em termos de saúde/doença) mostrando-se acessíveis em passar receitas, dar consultas, tirar dúvidas sempre que necessário.

A empatia entre médico e idosas é elevada. Independentemente da idosa ter compreendido, ou não, o discurso do médico assume, na maior parte das vezes gostar dele e demonstra-o. Há excepções, havendo idosas que não se identificam com o médico (pelo menos o médico de família), a Sandra (85 anos, entrevista 17) e a Patrícia (71 anos, entrevista 9).

“A imagem que se tem do médico está mais próxima da que se tem de outros profissionais com formação equiparada e a relação assenta numa maior identidade dos códigos de linguagem” (Hespanha, 1987, 208). Deste modo, a imagem do médico apresentada por Augusta (68 anos, entrevista 5) distancia-se da apresentada por Ana (79 anos, entrevista 13), duas entrevistadas com trajectórias de vida, vivências e linguagens diferentes portanto, com relacionamentos com o médico distintos.

## 8.2 – Ida ao médico

Edward Hall (1959) diz-nos que o tempo é um elemento cultural organizado em sistemas - formal, informal e técnico. Assim, há o dia e a noite, o dia está dividido em manhã e tarde, estando cada um destes períodos marcados por refeições como o pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia.

Há sete dias diferentes numa semana, a segunda-feira, a terça-feira, e assim por diante. O autor fala também em duas categorias de séries – as horas e os minutos. Outra série do sistema de tempo referida pelo autor é o mês e as estações do ano. O homem tem necessidade de sintetizar o que

conhece usando o tempo como um elo de ligação entre os acontecimentos. Relaciona-se o dia, mês ou ano em que se esteve doente com algum acontecimento, compara-se este médico com outro a que já se foi, ou com o médico da vizinha.

A periodicidade com que as idosas vão ao médico é variável. Oito das entrevistadas afirmam ir frequentemente ao médico e apenas cinco raramente vão. Duas entrevistadas afirmam ir ao médico frequentemente – “*de qualquer maneira eu vou ao médico muitas vezes*” (Margarida, 81 anos, entrevista 14) e uma afirma ir ao médico todos os meses – “*marco para todos os meses. Ainda agora tenho para o dia 31 de Agosto*” (Conceição, 67 anos, entrevista 4). Cinco entrevistadas vão em períodos regulares ao médico que vão desde os três, quatro ou seis meses – “*eu vou de seis em seis meses*” (Matilde, 70 anos, entrevista 8), e cinco vão apenas quando estão doentes – “*Só vou quando estou à rasca*” (Carolina, 84 anos, entrevista 16), “*eu é muito raro ir ao médico. Só vou ao médico em último recurso mas é quando as coisas são muito, muito más*” (Madalena, 67 anos, entrevista 3).

Na opinião de Boltanski (*apud* Duarte, 2002), as classes sociais consomem de modo diferente os cuidados de saúde, sendo que a frequência com que recorrem ao médico varia também em função da classe social daí que as classes com rendimentos inferiores recorreriam menos aos serviços de saúde por falta de tempo, o que vem ao encontro da teoria de Grossman<sup>19</sup>.

A assiduidade às consultas demonstrada pela maioria das idosas deve-se, por outro lado, a uma estratégia usada pelas mesmas com vista ao combate do isolamento social em que se encontram.

No presente estudo não podemos ignorar, tal como referimos anteriormente, que estamos perante idosas que demonstram preocupação com a saúde, não apenas por vontade própria mas como resultado da organização e funcionamento da sociedade em que se encontram inseridas (Machado, 2003).

A ida frequente ao médico tido como forma de se relacionarem com alguém ocupando o tempo, é demonstrativa da preocupação com a saúde demonstrada pelas idosas.

Além de indicativo de preocupação com a saúde, a frequência da ida ao médico demonstra o bom relacionamento entre médico-utente.

Em seguida veremos se o tipo de relações estabelecidas entre as entrevistadas e o médico se baseiam numa relação de poder.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Esta teoria já foi referida no capítulo III.

<sup>20</sup> Em Portugal quem se dedicou ao estudo desta temática foi Graça Carapinheiro (1993).

### 8.3 – Poder do médico

Vivemos numa sociedade estratificada, visível na distribuição da saúde nos diferentes grupos que ocupam posições diferentes na sociedade. É sobejamente reconhecido o valor e a importância da medicina, ela é, sem dúvida alguma, o garante da felicidade pois prende-nos à vida, adiando a morte.

Neste sentido, atribuímos ao médico o poder de curar. Não há um poder médico, mas vários poderes médicos (Carapinheira, 1993) que exercem uma influência sobre as idosas levando-as a adoptar, na maioria das vezes, os comportamentos desejados pelo médico (tomar a medicação, fazer uma operação, entre outras).

Quadro XVIII  
*Poder do médico*

ÁREAS DO PODER DO MÉDICO	Nº
Medicação	14
Conhecimentos que detém	11
"Manda"	9
Doenças	8
Alimentação	7
Exames médicos	6
Operações	5
Consultas	4
Praia	2
Tratamentos médicos	1
Total de Entrevistas	17

O poder do médico reside no facto dele ser o único detentor do saber médico daí que, detêm o poder de cuidar do corpo. Neste sentido, onze idosas consideram que o poder do médico reside nos conhecimentos científicos que este detém:

- *"Ele é que estudou e é que sabe das doenças (...) Porque a mesma doença nuns é diferente nos outros"* (Augusta, 68 anos, entrevista 5);

- *"Eles é que estudaram o nosso corpo tanto tempo, caraigo, não é?"* (Conceição, 67 anos, entrevista 4).



Os conhecimentos científicos do médico advêm das habilitações académicas que possuem para tratar do corpo doente (nove entrevistadas). Deste modo, o que o médico diz é para se cumprir isto é, *“o senhor doutor é que manda”* (Clara, 73 anos, entrevista 10):

- *“Vou fazendo o que ele manda. (...) tomo sempre aquilo que ele manda”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7);

- *“[o médico diz-lhe] «Olhe, dava-le mais medicamentos prós ossos mas não dou»”* (Cláudia, 69 anos, entrevista 6);

- *“O senhor doutor é que manda”* (Clara, 73 anos, entrevista 10).

Amélia (83 anos, entrevista 15) não vai para a praia, porque o médico aconselhou-a a não ir devido aos problemas de ossos que apresenta; Isabel (73 anos, entrevista 11) não gosta de tomar o cálcio, porque considera que este a torna mais gorda, todavia afirma *“mas tenho que o tomar que ela quer”*. Enfim, como refere Rosalina (75 anos, entrevista 12), *“devemos deitar atenção ao que os médicos nos dizem, é bom para nós e é bom para a nossa saúde”*.

Deste modo, o corpo transforma-se no material sujeito a regras em que o médico é o único detentor de saber, daí o poder da medicina.

O doente entrega-se assim nas mãos do médico *“pela atribuição que lhe foi feita do poder de curar como um poder técnico e um poder social, inacessível e inatingível, logo mágico”* (Carapinheiro, 1993, 147).

O médico é tido como *“um doutor bem formado que estudou tantos anos para estudar o corpo”* (Maria, 67 anos, entrevista 2) logo, ele é que é o especialista em doenças, ele é que sabe donde é que elas vêm (nem sempre), se as doenças estão estáveis, se regrediram ou progrediram, como curá-las, que medicamentos, exames ou operações são mais aconselhados para cada caso. Esta ideia do poder do médico está bem patente ao longo das entrevistas analisadas em relação a doenças (oito entrevistadas), a operações (cinco entrevistadas), exames médicos (seis entrevistadas), tratamentos médicos (uma entrevistada), medicação (catorze entrevistadas):

- *“Agora o médico disse que os diabetes estavam normal”* (Amélia, 83 anos, entrevista 15);

- *“Agora na quinta-feira vou à minha médica lá da fisioterapia, (...) e vou ver que agora dói-me este joelho”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8);

- *“O ano passado fui ao Dr. Afonso a pagar e ele diz que posso abrir a voz mais um bocadinho mas nunca mais saro”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16);

- *“O médico disse-me que as minhas varizes não tinham solução para operar”* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *“Foi esta médica que me mandou operar”* (Maria, 67 anos, entrevista 2);
- *“De 6 em 6 meses faço análises porque ela [médica] me manda”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14);
- *“Para o ano não faço mais [exames], para o ano não é preciso fazer diz o médico”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7);
- *“O médico da bronquite e dos pulmões disse-me para não ir nestes dias [fazer o tratamento na piscina do hospital]”* (Clara, 73 anos, entrevista 10);
- *“Eu tenho uma coisa, os meus medicamentos são meus, não posso tomar também outros medicamentos sem o médico dizer”* (Cláudia, 69 anos, entrevista 6);
- *“Só tomo o que a senhora doutora manda”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14);
- *“Tenho umas cápsulas para proteger o estômago que ele [médico] me receitou”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11).

O poder do médico é também percebido, em quatro entrevistas, na frequência das consultas. Clara (73 anos, entrevista 10) afirma *“ai tenho consultas de rotina, porque o médico manda”*. Também Carolina (84 anos, entrevista 16) afirma *“eu ia lá três, quatro vezes por ano, conforme o médico mandava”*.

Madalena (67 anos, entrevista 3) afirma não abrir os exames médicos que realiza, porque o médico não gosta, o que é visível, quando durante a entrevista pegou num envelope mostrando-nos o exame da massa óssea que fez recentemente e diz *“está fechado, não se pode abrir. O meu médico não gosta que abram os exames”*. Uma vez mais estamos perante o poder do médico.

A alimentação é outro assunto onde é visível o poder do médico. Deste modo, sete entrevistadas referem como a acção do médico condiciona os hábitos alimentares e, por vezes, os ajusta ao estado de saúde de cada uma das entrevistadas. A médica de família diz a Ana (79 anos, entrevista 13) *“a senhora, coma aquilo que entender, mas beba mais do que come, chá, cevada, leite, água por vício... e faça isto”*. Também Conceição (67 anos, entrevista 4) afirma que o médico *“disse que era do fígado, é o fígado que não quer o azeite, não quer o azeite não se come”*. O médico de Joana (66 anos, entrevista 1) diz-lhe *“assados, estufados, aqueles molhos dos estufados faz muito mal”*.

Ana (79 anos, entrevista 13) vai à praia aconselhada pelo médico, o Dr. Fernando que lhe disse (a ela e ao marido) *“quer você quer a sua esposa vocês vão à praia, pra lá e pra cá, pra lá e pra cá e só molhar os pés se tiver muito calor, senão não”*. Também o médico de Clara (73 anos, entrevista 10) a aconselha a ir à praia por causa dos ossos. Ambas as entrevistadas seguem os conselhos do médico o que é bem demonstrativo do poder que estes exercem.

O poder do médico reside também na capacidade do médico tornar o seu conhecimento acessível aos utentes, o que, como já foi referido anteriormente, se manifesta.

O local onde as consultas ocorrem, hospital, centro de saúde, consultório particular, “constitui o domínio específico do desenvolvimento das relações de poder (...) cujo instrumento é a disciplina médica, entendida como saber e como controlo social” (Carapinheira, 1993, 79).

Michel Foucault (1998) considera que existe uma relação entre o poder, o saber e o corpo, nomeadamente, nos hospitais, nas prisões, nos quartéis.

## Capítulo Nove

---

### MANEIRAS DE DIZER E SENTIR O CORPO

9.1- Porque vão as pessoas ao médico?	149
9.2- O corpo e a doença	150
9.3- O corpo fala	153
9.4- Hábitos de saúde	154
9.4.1- Higiene diária	155
9.4.2- Higiene Oral	157
9.4.3- Hábitos alimentares	160
9.4.4- Praia	164

## 9.1 - Porque vão as pessoas ao médico?

A preocupação com o corpo pode ser apreendida através dos cuidados médicos regulares que as entrevistadas apresentam. Neste contexto, vamos tentar apreender as determinantes sociais e culturais da procura dos cuidados médicos.

O doente procura cuidados de saúde atendendo a dois factores – à ameaça que a pessoa considera que a doença lhe causa e de acordo com a valorização que é dada aos profissionais de saúde e seus cuidados. Deste modo, o indivíduo que é portador de uma doença vive esta de forma única e particular e é com estas especificidades que o doente procura os profissionais de saúde, quando sente que nem tudo está bem (Duarte, 2002).

Quadro XIX

*Ida ao médico: razões*

RAZÕES DA IDA AO MÉDICO	Nº
Quando está doente	14
Buscar receitas médicas	9
Consultas de rotina	7
Fazer exames	2
Mostrar exames	2
Total de Entrevistas	17

A ida ao médico acontece primeiramente quando se adoece. Os doentes tornam-se desviantes e assumem o papel social de doentes. Catorze das entrevistadas afirma ir ao médico apenas quando está doente – “*vou ao médico só quando tenho muita necessidade de ir*” (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

A importância da consulta de rotina é reconhecida apenas por sete entrevistadas, Maria (67 anos, entrevista 2) afirma que “*marco consultas de rotina porque há coisas que precisam de ser vigiadas, a gente não deve esperar pela última hora*”. Não podemos esquecer que na maioria das vezes, são os médicos que marcam regularmente estas consultas e, por outro lado, as idosas têm necessidade de ir com regularidade ao médico, pois normalmente tomam medicamentos sem os quais não podem passar e, como tal, necessitam de receitas médicas. Não é assim de estranhar que nove

das entrevistadas afirmem ir ao médico regularmente buscar receitas médicas – “*e quando preciso de medicamentos vou a uma vaga e peço os medicamentos que preciso*” (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

Outras das razões que em menor número levam as entrevistadas ao médico é a necessidade de fazer exames (duas entrevistadas) ou de os mostrar (duas entrevistadas):

- “*Só vou assim p`ra fazer estes exames*” (Matilde, 70 anos, entrevista 8);

- “*Quando vou por norma eu vou mostrar exames que ele me manda fazer de rotina*” (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

Edward Hall (1959, 173) refere que “o tempo torna-se então uma mensagem tão directa e eloquente como se se explicasse por palavras” pois através da periodicidade com que se vai ao médico e das razões por que se vai, podemos tirar relações sobre a importância que o corpo e, consequentemente a noção de saúde e doença desempenham para as entrevistadas concluindo que a preocupação com o corpo, só tem lugar quando adoecemos e nos deslocamos ao médico. A prevenção da doença está pouco interiorizada pelas idosas, o que se deve também, por outro lado, à reduzida aposta na prevenção encetada pelo Ministério da Saúde.

O tempo informal é um tempo subjectivo pois depende da pessoa que vive a situação de doença e da linguagem que usa. Assim, quando questionadas sobre o tempo que ficam no consultório médico a maioria das entrevistadas (doze) consideram que o tempo é suficiente – “*nós ficamos muito tempo, porque estamos sempre a conversar lá. Falamos sobre a casa que ele tem lá na aldeia e tudo*” (Patrícia, 71 anos, entrevista 9); Rosalina (75 anos, entrevista 12) refere também que “*eu acho menina [que o tempo que fico no consultório é suficiente] porque ela [médica] é uma pessoa que não corre com as consultas. Se for preciso escutar escuta a pessoa eu acho que sim*”. Já três entrevistadas consideram que o tempo que permanecem no consultório médico é insuficiente, porque “*a gente não fala grande coisa que eles [médicos] é praí 10 minutos ou isso [que demoram a dar a consulta]*” (Amélia, 83 anos, entrevista 15); “*o tempo? Oh, é de menos, aquilo é a cem à hora*”, diz-nos Matilde (70 anos, entrevista 8). O que para umas é tido como suficiente, para outras, 10 minutos é insuficiente pois a noção de tempo informal tem, como refere Edward Hall (1959) um carácter situacional, é vago.

## 9.2- O corpo e a doença

O passado das idosas é divergente, e se há passados ligados à agricultura, também os há, em menor número é certo, ligados ao intelecto logo, as posturas corporais são diferentes. As idosas que se

dedicaram ao trabalho intelectual apresentam relações com o corpo diferentes, assumindo, nomeadamente funções estéticas e lúdicas (praia).

A observação que fizemos e a informação que recolhemos durante o trabalho de campo permitiu-nos identificar algumas manifestações corporais das idosas.

Desde logo sobressai a disponibilidade da população idosa em frequentar as consultas médicas o que se prende com a situação profissional em que se encontram – reforma, que lhes confere bastante tempo livre. Apesar das idosas frequentarem o médico com alguma assiduidade, fazem-no pela necessidade de arranjar receitas e apenas sete idosas vão a consultas de rotina, as restantes, procuram o médico apenas quando algum sintoma surge o que nos permite concluir que há uma certa desatenção face ao corpo que se manifesta numa capacidade diminuta de percepção dos sinais de doença.

Eric Landowski (2001) refere-se a um corpo objecto de um saber científico que mais não é como um corpo retalhado, em pedaços, esmigalhado aliás, a medicina tende a olhar o corpo como um conjunto de órgãos, embora cada vez mais se defenda que o doente deve ser olhado numa perspectiva holística. As idosas demonstram um conhecimento vago do corpo e do funcionamento dos diferentes órgãos e suas funções o que dificulta a interpretação dos sintomas:

- *“Nós somos de carne, não somos de madeira, nem de metal, nem de nenhuma matéria prima que não estejamos sujeitos à doença”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11);

- *“Quer seja na carne quer seja nos órgãos que temos, não sei empregar certos termos médicos, nunca podemos ter tudo bem, a não ser quando somos novos”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11);

- *“Os ossos precisam de alimento (...) o corpo está intoxicado de medicamentos”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14);

- *“[Os medicamentos] podem-me dar cabo do coração”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14);

- *“O sol na cabeça ao outro dia a bica do lado direito”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14);

- *“Com aquela aflição os intestinos ligaram-se compreende, eu tinha sintomas p`ra ter um bebé e falta de ar”* (Ana, 79 anos, entrevista 13);

- *“A doença dos ossos não é bom, os ossos é um calor que se mete no óleo e dói os ossos, compreende? É o reumatismo. Nós temos um óleo nos ossos”* (Ana, 79 anos, entrevista 13);

- *“Foi uma veia que arrebentou na cabeça. Arrebentou, a minha sorte foi ela não ir para os miolos senão morria. Arrebentou e deu-me por braço e perna, podia ficar cega, podas ficar sem fala”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8);

- *“Tenho as costelas umas por cima das outras”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16);

A doença é definida vagamente pelas idosas que afirmam *“Estava já como o passarinho dentro da gaiola”* (Ana, 79 anos, entrevista 13), *“nunca estou sem dor”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16), *“doí-me sempre a cabeça”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11). O sofrimento da maioria das idosas prende-se com dores do sistema osteo-articular devido à dureza do trabalho realizado – *“os ossos não vão bem”* (Sandra, 85 anos, entrevista 17), *“são os ossos a enfraquecer”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14), *“o pior são os ossos”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7), *“a minha doença é os ossos. De ossos é fraca”* (Patrícia, 71 anos, entrevista 9), *“nós da nossa família sofremos todos dos ossos”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3).

Outra das queixas das idosas prende-se com as dores de cabeça, com o *“andar meia zozza”* (Patrícia, 71 anos, entrevista 9). Cinco entrevistadas referem-se a dores de cabeça – *“tomo remédio p’ra cabeça”* (Clara, 73 anos, entrevista 10).

Possuindo um conhecimento deficitário sobre a doença e o funcionamento do corpo as idosas receiam as doenças cancerosas. Anabela (70 anos, entrevista 7) afirma *“eu tenho medo a esta doença”*. Há doenças que arrepiam só de serem pronunciadas, como se falar delas estivesse ligado a um mau agouro. Algumas dessas doenças, identificadas pelas idosas como contagiosas são, a Sida, a tuberculose e a hepatite.

Todas as entrevistadas descrevem a/s doença/s que as atormentam havendo quem descreva as doenças mais pormenorizadamente como é o caso de Matilde (70 anos, entrevista 8), Carolina (84 anos, entrevista 16), Clara (73 anos, entrevista 10), Isabel (73 anos, entrevista 11) e Rosalina (75 anos, entrevista 12) e quem simplesmente se limite a contar pequenos episódios da doença (Anabela – 70 anos, entrevista 7, Cláudia – 69 anos, entrevista 6, Conceição – 67 anos, entrevista 4, Matilde – 70 anos, entrevista 8, Maria – 67 anos, entrevista 2).

A capacidade das idosas organizarem a informação médica que lhes chega de diversas formas, como vimos anteriormente, quer seja através do médico, de livros ou revistas até aos meios de comunicação social, depende do saber de cada uma ou de agentes mediadores como no caso de Cláudia (69 anos, entrevista 6) que, apesar de ser analfabeta tem a filha que lhe lê os folhetos informativos e que a acompanha ao médico. As informações transmitidas pelo médico são reutilizadas pelos utentes que lhes adulteram o sentido para melhor entenderem e transmitirem a informação. Exemplo disso é a forma como Clara (73 anos, entrevista 10) na posse da informação transmitida pelo médico constrói a sua explicação da doença *“dando um sentido aos termos que reteve da consulta mais conforme com as categorias que lhe são familiares”* (Hespanha, 1987) – *“ganho bronquitas (...)* umas bolhinhas que ganho e ganho líquido e depois ganho fricções e pneumonias”.



### 9.3 - O corpo fala

José Gil (1990, 59) relaciona as metáforas da linguagem e as metáforas corporais, “como se as metáforas designassem a zona de junção, a charneira que une o corpo à linguagem”. A linguagem não se resume assim a um conjunto de signos verbais sem relação com o corpo havendo uma relação entre a linguagem do corpo e a linguagem em si. Na linguagem articulada domina a função da comunicação e no corpo domina a função expressiva. Já nos detivemos na linguagem articulada e, em seguida, analisaremos a linguagem do corpo.

Tudo em nós comunica. Erving Goffman (1975) inclui na fachada pessoal expressões faciais e gestos corporais. As expressões faciais mais usadas pelas entrevistadas eram o sorrir, o fechar os olhos e, os gestos corporais eram o colocar a mão no queixo, baixar levemente a cabeça, colocar as mãos na cinta e o abraço.

Deste modo, a expressão facial mais usada é o sorriso. Sorriso é sinónimo de entendimento, de afecto. Quando as entrevistadas nos contavam algum episódio da sua vida particular fechavam os olhos para se concentrarem pois queriam contar as coisas tal como aconteceram, logo o fechar os olhos é sinónimo de concentração, de análise íntima.

Algumas entrevistadas numa fase inicial da entrevista colocavam a mão no queixo apoiando-a no sofá, demonstrando curiosidade. Baixar levemente a cabeça foi outro gesto corporal usado embora com menor frequência, quando contavam a vivência de algum episódio que lhes trazia à memória recordações menos boas, carregadas de angústia, sofrimento e mágoa. Por vezes colocavam as mãos na cinta denunciando jovialidade e alegria. Poucas foram as entrevistadas que na despedida não me abraçaram afirmando, que a porta de casa estava aberta para nova visita. O abraço é tido como uma atitude de confiança (Casudo, 1976).

Não se verificou um distanciamento impessoal mas sim uma aproximação pessoal ao longo das entrevistas. As idosas conversavam abertamente, na sala de estar sentadas no sofá frente a frente. Geralmente a meio da conversa a entrevista passava para a cozinha onde era confeccionado o lanche. Estas mulheres são pessoas simples que com simplicidade falaram da sua saúde e doenças.

Ao longo das entrevistas recorreu-se, por vezes, ao humor como forma de esconder uma certa vulnerabilidade.

Mais importante do que o que é dito, é o que as pessoas fazem. Neste caso, a gestão que foi feita do tempo é demonstrativa da boa vontade e empenho das entrevistadas em falar sobre estes assuntos, pois com excepção de duas entrevistadas (Patrícia – 71 anos, entrevista 9 e Cláudia – 69

anos, entrevista 6) todas as outras ocorreram sem pressas de terminar a entrevista, notando-se uma grande preocupação em contar histórias e situações de doença. A forma como Patrícia (71 anos, entrevista 9) e Cláudia (69 anos, entrevista 6) geriram o tempo da entrevista é demonstrativo de uma certa resistência.

As partes do dia desempenham importâncias diferentes no contexto cultural em que estamos inseridos. Como refere Edward Hall (1959, 20), “o tempo pode indicar a importância da ocasião bem como a que nível uma interação entre pessoas vai ocorrer”. Assim, marcar a entrevista para a manhã ou para a tarde tem significados diferentes, pois uma entrevista realizada de tarde significa que o tempo disponível para conversar é maior, logo, a disponibilidade demonstrada pelas entrevistadas é diferente. Salientamos que quase todas as entrevistas decorreram de tarde e, algumas delas em duas tardes ou numa tarde e numa manhã. Apenas duas entrevistas decorreram de manhã, às 10h, a pedido das entrevistadas, a da Cláudia (69 anos, entrevista 6) e a da Patrícia (71 anos, entrevista 9). Enfim, as partes do dia têm significados diferentes.

## 9.4 - Hábitos de saúde

Neste capítulo vamo-nos debruçar sobre as atitudes e comportamentos das entrevistadas com o corpo, através da análise de alguns hábitos de saúde. Na opinião de Eric Landowski (2001, 272) “o corpo é (...) aquilo que nós somos”.

Para estudar o cuidado que as idosas têm com o seu corpo, realizamos perguntas que visavam a análise do corpo em diversas perspectivas, a higiene diária pessoal<sup>21</sup>, em que incluímos a higiene oral, a alimentação efectuada e os cuidados com o corpo durante a época balnear. As análises das respostas a estas perguntas foram complementadas com a análise da entrevista completa.

---

<sup>21</sup> - Habitualmente come mais fritos ou grelhados às refeições? Porquê?

- Na sua opinião, de quanto em quanto tempo é que uma pessoa deve tomar banho?

- Descreva-me por favor, o que costuma fazer a partir do momento em que se levanta da cama até meio da manhã.

- Já alguma vez foi ao dentista? O que sentiu?

- Costuma lavar os dentes todos os dias ou só quando tem tempo?

- Foi à praia este ano? A que horas se expôs ao sol?

- Usou algum creme para proteger a pele?

- Quando está no quintal tem algum cuidado em especial com o sol?

### 9.4.1 - Higiene diária

No século XVI a finalidade principal do banho não é a lavagem, assumindo a água uma forma festiva, um divertimento social. A higiene é evocada, mas não passa pelo banho, pela lavagem do corpo mas pelo asseio da roupa acreditando-se que “a renovação da roupa branca elimina a sujidade ao atingir a intimidade do corpo” (Vigarello, 1985, 54). A higiene diz assim respeito às partes do corpo que não se vêem.

Em meados do séc. XVIII, com a introdução dos quartos de banho, das banheiras e dos toucadores, é dado um novo uso à água entre as classes mais privilegiadas, nomeadamente a burguesia. O banho de água fria assume assim um papel higiénico, para fortalecer o corpo e não propriamente para o limpar. Esta mudança social assenta em “crenças numa força autónoma, a inventada por uma burguesia confiante nas suas forças físicas, confiante sobretudo em vigores totalmente independentes das filiações e dos códigos de sangue” (*Idem*, 104). A partir de 1760 surge uma higiene totalmente nova, que faz parte do manual do médico assente na funcionalidade e já não essencialmente estética como no século XVII, em que se valoriza a limpeza do corpo em detrimento de perfumes, dos cosméticos e dos pós. Nos princípios do século XIX surgem os tratados de higiene em que se promove, nomeadamente, o uso do sabão, o lavar o cabelo.

No século XIX existem disparidades sociais face ao banho pois apenas os grandes palacetes possuíam casas de banho podendo desfrutar de banhos particulares enquanto que os mais desfavorecidos tomavam banho em estabelecimentos públicos, próprios para o efeito. O tipo de banho também é demonstrativo da desigualdade social existente, pois os banhos no rio ou mar no Verão, na água fria, faziam parte da prática popular, enquanto que as classes mais abastadas gozavam de um banho com água quente (*Ibidem*, 1985).

Actualmente, os programas de saúde tendem a dirigir-se a grupos específicos. Cada um deve ter cuidado com a sua saúde. O asseio do corpo e do vestuário é uma regra básica e elementar na sociedade em que estamos inseridos. Esta regra é incutida às crianças desde cedo. Interessante é que estas regras são incutidas por razões de higiene pública e privada, mas até há dois séculos atrás a importância atribuída a estas questões devia-se à delicadeza da sensibilidade da corte.

As formas mais antigas de higiene assentavam na limpeza das partes visíveis do corpo – o rosto e as mãos. Os banhos públicos que existiam na Idade Média tinham como função o ócio e não como um acto de higiene. A higiene foi progressivamente generalizada aos cuidados invisíveis do corpo,

processo este que demorou séculos e que está intimamente relacionado com o imaginário do corpo e dos vários grupos sociais (Elias, 1989).

Ainda hoje, a forma de olhar a higiene do corpo é distinta. Apenas sete entrevistadas valorizam a importância do banho diário imprescindível ao asseio corporal, afirmando tomar banho todos os dias – *“Ai eu acho que é todos os dias”* (Patrícia, 71 anos, entrevista 9), *“Eu acho que se deve tomar banho todos os dias e eu, às vezes, tomo de manhã e à noite quando está muito calor”* (Joana, 66 anos, entrevista 1). Cinco afirmam tomar banho uma vez por semana, *“como me custa, uma vez por semana, à quinta feira ou à quarta”* pois, neste caso, a Matilde (70 anos, entrevista 8) desde que teve um Acidente Vascular Cerebral ficou paralisada de um lado. Ana (79 anos, 13) toma banho apenas ao sábado mas *“se suar tomo banho, não suando tomo ao sábado”*.

Para a Isabel (73 anos, entrevista 11) deve-se tomar banho *“dia sim, dia não, acho bem”* e, Margarida (81 anos, entrevista 14) afirma tomar banho amiúde: *“Ai tomar banho acho que a gente deve tomar amiúde, não é”*. Já para a Rosalina (75 anos, entrevista 12) *“banho todos os dias também deve ser uma coisa que não há necessidade mas de três em três dias há-de-se tomar um banho”*.

Quatro das entrevistadas, quando se pergunta quantas vezes tomam banho por semana entendem tomar banho como a ida para a banheira, mas *“banhos inteiros muitas vezes não, lavo-me”* (Amélia, 83 anos, entrevista 15). Afirmam assim que *“lavo-me sempre agora meter-me na banheira é só ao fim-de-semana”* (Clara, 73 anos, entrevista 10). Em relação à roupa interior, apenas a Ana (79 anos, entrevista 13) refere que *“a roupa de dentro é mudada de três em três dias”*.

Penso que esta postura face ao banho está intimamente relacionada com o meio cultural e semi - rural onde habitam e com a educação que receberam. Não podemos ignorar que as idosas entrevistadas cresceram e viveram numa realidade completamente diferente da que se encontram actualmente – as casas de banho situavam-se fora de casa e eram constituídas apenas por uma sanita, o banho era tomado uma vez por semana numa bacia grande, tal como nos conta Anabela (70 anos, entrevista 7):

- *“Nós não tínhamos casa de banho em casa antigamente. Tomávamos banho numa bacia e sanita nada. Sanita era um buraco, uma fossa e depois tinha uma tampa em madeira a tapar e depois tinha um buraco e a gente fazia ali. Tomar banho era numa bacia, aquecíamos água no Inverno e tomávamos num quarto. Fechávamos o quarto era ali que tomávamos banho. Primeiro lavávamos da cinta para cima e depois da cinta para baixo. Mas era tudo assim”*.

Margarida (81 anos, entrevista 14) também nos conta como dava banho aos filhos quando eram pequenos:

- *“Uma grande bacia feita pela mão do pai, era picheleiro, (...) e uma panela grande de água quente, depois punha-se na medida e a gente uma a dar o banho ao mais pequeno e outra logo com o toalhão p'ro limpar e era assim o quarto de banho porque o quarto de banho era uma sanita só, aquelas casinhas velhas e portanto não tínhamos banheira e toda a gente se lavava em bacia, metia-se no quarto de banho e punha lá a bacia, fechava a porta, primeiro os pequenos e depois os grandes, não se passava sem lavar, a limpeza é indispensável”.*

Apesar de todas as entrevistadas, actualmente possuírem banheira em casa mantém enraizados hábitos culturais em relação ao banho, diferentes daqueles que usamos actualmente embora todas se refiram à importância do banho – *“deve-se tomar banho Deus me livre senão a gente ganha-se muitas côdeas”* (Clara, 73 anos, entrevista 10).

Todas as manhãs, quando se levantam da cama dividem o seu tempo entre o arejar e limpar o quarto e a higiene pessoal – *“olha, levanto-me, ponho a roupa toda para trás na cama, vou à casa de banho, vou-me arranjar, vou-me preparar”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3) e logo de seguida tomam o pequeno-almoço – *“quando me levanto lavo-me, penteio-me, faço o pequeno-almoço para os pequenos”* (Amélia, 83 anos, entrevista 15).

Está bem patente que há uma preocupação com o asseio corporal diário, *“a limpeza é indispensável”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14), que não inclui, para a maioria das entrevistadas, o banho diário pois, *“tudo depende da cultura e da maneira como as pessoas são criadas”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

#### 9.4.2 - Higiene oral

Das dezassete entrevistadas apenas doze referem lavar os dentes. Apenas a Ana (79 anos, entrevista 13) e a Carolina (84 anos, entrevista 16) afirmam não lavar os dentes por motivos diferentes. A primeira não os lava porque *o “lavar os dentes é preciso ver tira o brilho. Eles tem um brilho por fora e a escova dá cabo deles, rompe-os, atão como a côdea de trigo”*. Ana lava os dentes não com escova de dentes, mas come *“uma côdea de pão seco, é como eu lavava os dentes”*, o que, de forma diferente demonstra uma preocupação com a limpeza da boca, pois não passa sem comer a côdea de pão no fim da refeição, pois sente que sem isso não tem os dentes limpos. Já Carolina não os lava, porque não tem dentes nem dentadura postiça o que demonstra não existirem preocupações com a higiene oral, pois apesar de não existirem dentes é sempre necessário cuidar da higiene oral.

Três das entrevistadas afirmam lavar os dentes todos os dias sem especificar a frequência com que o fazem – *“todos os dias [lavo os dentes], sempre”* (Joana, 66 anos, entrevista 1). Quatro das entrevistadas lavam os dentes duas vezes ao dia embora por vezes se esqueçam – *“tenho dias que lavo duas vezes. Falho alguns, às vezes esquece-me”* (Amélia, 83 anos, entrevista 15), enquanto que uma das entrevistadas afirma lavar todos os dias uma vez ao dia não especificando o número de vezes – *“todos os dias, pelo menos uma vez ao dia”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3), [lavo] *“todos os dias e mais que uma vez ao dia”* (Augusta, 68 anos, entrevista 5), *“lavo mais que uma vez ao dia”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11). Só uma entrevistada refere que lava duas ou três vezes ao dia, dependendo do local em que se encontra, em casa ou na rua:

- *“Se saio de casa só os lavo de manhã, se estou em casa lavo-os de manhã e ao almoço se não lavo à noite que estou em casa. Depende dos dias se não lavo de manhã e ao deitar”* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

Algumas das entrevistadas assumem ter dentadura postiça e demonstram ter cuidados com ela pois como refere Sandra (85 anos, entrevista 17) *“ao sábado e ao domingo tenho uns comprimidos de deitar na água, meter a placa”*, tal como Rosalina (75 anos, entrevista 12) que diz pôr a placa num preparado que se compra na farmácia para *“tirar aquele lodo por causa de não se estragar (...) convém pôr nessa pastilha porque é uma coisa que desentranha o que tiver na placa não é”*.

Enfim, no geral há uma preocupação com a higiene oral:

- *“Não há nada como a gente ter os nossos dentinhos (...) há pessoas que eu vejo na rua que não dava um beijo na boca deles, aos homens, nem que me dessem o que visse à frente dos olhos”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8).

Como refere Rosalina (75 anos, entrevista 12) *“não me dou mesmo com eles [dentes postiços] sem os lavar”*.

Esta preocupação com o lavar os dentes não se reflecte na frequência com que as entrevistadas vão ao dentista. Das dezassete entrevistadas duas não respondem, das restantes apenas quatro vão frequentemente ao dentista por vigilância como Maria (67 anos, entrevista 2) que vai *“ao dentista periodicamente. Vou lá de 5 em 5 meses”*. Quatro vão às vezes – *“Eu até fui lá noutra dia mas tinha pressa”* (Ana, 79 anos, entrevista entrevista 13), Clara (73 anos, entrevista 10) diz que *“ainda foi até lá à pouco arranjar um dente que estava furado”* e, três entrevistadas raramente vão ao dentista pois como refere Patrícia (71 anos, entrevista 9), *“agora pôs os dentes não ando sempre lá”*, também Isabel diz que *“já há anos que não vou ao dentista (...) Quando me dói vou, se não me dói vamos adiando”*. Cinco delas, actualmente não vão ao dentista, porque usam placa, e como tal, consideram

desnecessário esta ida como refere Carolina (84 anos, entrevista 16) que pergunta “*o que vou lá fazer?*”, Anabela (70 anos, entrevista 7) diz que “*infelizmente não preciso, porque tenho dentes postiços*”.

Por que razão vão as idosas tão pouco ao dentista?

A explicação está no facto de como já foi referido, algumas entrevistadas usarem dentadura postiça e de considerarem, que como tal, já não necessitam de ir ao dentista e, por outro lado, uma ida ao dentista é tida como muito dispendiosa para quatro das entrevistadas, não podemos ignorar que a grande maioria destas recebe reformas baixas, fruto das habilitações académicas que possuem e de, muitas delas, serem domésticas. Cláudia (69 anos, entrevista 6) afirma que a ida ao dentista é um problema, porque se gasta muito dinheiro e o mesmo diz Amélia (83 anos, entrevista 15) que acha que uma consulta ao dentista é muito dispendioso: “*Este qualquer coisinha que a gente vai lá é logo 60 euros de cada vez só por nada, trata este e não faz nada no outro e pronto mas vou lá*”.

Concluimos assim que a ida ao dentista assiduamente está intimamente relacionada com o estatuto cultural e económico das entrevistadas.

Apenas duas entrevistadas consideram que o dentista leva “*um preço muito bom, não são careiros*”, Cláudia (69 anos, entrevista 6) considera o dentista um interesseiro:

- “*Olhe que me levou 50 ouros por cada dente que me tirou. Eu estava à rasquinha aproveitou-se de me tirar logo dois (...). Sem uma palavra. Não achei bem*”.

Deste modo, não é de estranhar que a ida ao dentista seja encarada por cinco entrevistadas como uma obrigação, “*que remédio e vou tirar mais, tenho-os todos furados, tenho que ir tirar*” (Conceição, 67 anos, entrevista 4), ou como refere Amélia (83 anos, entrevista 15), “*não é por gosto [que vou ao dentista] é por obrigação*”. Além de irem ao dentista obrigadas duas destas entrevistadas afirmam ter algum receio quando lá vão:

- “*Não vou assim muito satisfeita quando vou porque há sempre aquela sugestão mas não é assim uma coisa que eu sinta muito medo*” (Joana, 66 anos, entrevista 1).

Opinião contrária tem Rosalina (75 anos, entrevista 12) que afirma que, quando ia ao dentista “*não tinha medo. A gente sente aquela picadinha mal eles dão aquela picadinha aquilo começa logo a adormecer e a gente não sente nada*”. Afirma também ser “*uma pessoa corajosa, sou de coragem, o que eu quero é sarar*”, tal como Margarida (81 anos, entrevista 14) que diz “*não sou assim uma pessoa muito choramingas, sou corajosa*”. Apenas Augusta (68 anos, entrevista 5) afirma que “*não custa nada ir ao dentista. Não custa mesmo nada. Eu gosto de ir ao dentista*”.

Uma outra entrevistada, a Clara (73 anos, entrevista 10) demonstra uma indiferença em relação ao dentista afirmando que *“não sinto nada, tou tão habituada a tudo olhe que já não sinto nada”*. Já Conceição (67 anos, entrevista 4) encara as idas ao dentista com resignação pois *“aqui [Gualtar] correu-me bem mas lá em baixo correu-me mal porque ganhei infecção. (...) Acontece”*.

A maioria das entrevistadas não vai ao dentista a consultas de rotina e, quando se dirigem a este profissional de saúde é por necessitarem com alguma urgência dos seus cuidados médicos. Contudo, três entrevistadas caracterizam o dentista como profissional:

- *“Tratam-me, metem a massa, dentro de meia hora tiram a massa, chumbam o dente e olha, até agora. Isto já chumbei prai à sete anos, nunca mais saiu a massa”* (Ana, 79 anos, entrevista 13);

- *“Até a minha dentista gosto dela. Além de boa médica (...) como profissional satisfaz-me plenamente”* referindo também que *“a minha dentista é muito jeitosa e com quem eu me entendo muito bem”* (Maria, 67 anos, entrevista 2);

Deste modo, outra das características atribuída aos dentistas por três entrevistadas é ser amigo e carinhoso:

- *“Tratava muito bem dos dentes e não magoava a gente, nem nada. Enfim, é carinhoso ao menos. Não é descarado de estar a magoar a gente. Está sempre a perguntar veja se lhe dói, veja se lhe dói”* (Amélia, 83 anos, entrevista 15);

Clara (73 anos, entrevista 10) refere que o dentista é interessado, pois quando lhe apareceu um abcesso na boca do tamanho de um grão de milho interessou-se com a situação e envolveu-se na sua resolução:

- *“Se fosse na parte mole eu tirava pela parte dentro da boca mas como é na parte dura não posso. A senhora se quiser eu marco-lhe consulta no Porto adonde eu estou e a senhora vai lá fazer um exame a ver”*.

Ana (79 anos, entrevista 13) afirma que não trocaria o seu dentista por outro *“porque é assim, a gente chega lá olhe se tiver uma vaguinha que eu tenho pressa”*.

Em resumo, podemos concluir que não existe uma grande preocupação com a higiene oral o que se torna preocupante, pois como refere Villaverde Cabral (2002, 141) *“a falta de cuidados dentários agrava não só as situações futuras, como pode também afectar o estado de saúde em geral”*. Como já foi referido anteriormente, a pouca regularidade das visitas ao dentista deve-se à não existência de serviços públicos dentários.



### 9.4.3 - Hábitos alimentares

Não foi por questões sanitárias que se introduziu o uso do garfo no quotidiano das refeições. Este foi introduzido pelas classes superiores sendo tido como uma moda e uma extravagância. Era uma distinção usar o garfo, era uma qualificação social elevada não por razões de higiene, mas porque era norma de sensibilidade, porque era cortês (Elias, 1989).

Um dos indicadores que demonstram a preocupação com o corpo é os hábitos alimentares adoptados por cada uma das entrevistadas.

Todas as entrevistadas afirmam tomar o pequeno-almoço de manhã dando importância a esta refeição:

- *“Não saio de casa sem tomar o pequeno-almoço, nem que seja às seis e meia da manhã (...). Não saímos de casa sem tomar o pequeno – almoço. Eu digo que nunca ninguém deve sair de casa sem tomar o pequeno – almoço, nem que seja um chá”* (Patrícia, 71 anos, entrevista 9).

Algumas entrevistadas (dez) descrevem o que tomam ao pequeno – almoço preferindo o leite em detrimento do chá, embora haja uma entrevistada, Carolina (84 anos, entrevista 16), que toma chá, e o pão com queijo, fiambre ou compota, tostas integrais e/ou bolachas. Sandra (85 anos, entrevista 17) afirma tomar *“um litro de leite para duas vezes e um trigo dentro ou trigo e meio conforme me apetecer”*, Cláudia (69 anos, entrevista 6) também diz que *“saio da cama e venho fazer o leite e o café com o pãozinho e prontos”*.

Algumas entrevistadas referem que antes de tomar o pequeno – almoço, rezam como é o caso da Augusta (68 anos, entrevista 5):

- *“Acordo, ofereço o meu dia ao Senhor, (...) como uma peça de fruta variada, uma chávena de leite com mokambo, um pão com manteiga becel pró-activa e compota ou marmelada caseira feita por mim. (...) Antes de comer uma peça de fruta bebo um copo de água”*.

Algumas entrevistadas demonstram preocupação com o que comem ao pequeno – almoço, *“mas acho que sou bem alimentada dentro do que sei e do que leio. Tomo uma média de meio litro de leite por dia, é o que pedem, quer seja leite quer seja iogurte, derivados de leite (...)”* (Isabel, 73 anos, entrevista 11). Uma das entrevistadas, a Augusta (68 anos, entrevista 5) *“procuro comprar compotas ali na Arroba porque são muito naturais, o mais naturais possível”*.

Não estar com o estômago vazio muitas horas é outra preocupação de duas das entrevistadas que referem que entre o pequeno – almoço e o almoço, comem uma peça de fruta e pão:

- *“Tomo o pequeno – almoço, mas passado uma hora, uma hora e tal como uma peça de fruta,*

*um pêssago, uma maçã e depois passado mais uma hora eu sou capaz de pegar mais num bocadinho de pão e meter à boca ou numa bolacha de água e sal. Estou sempre a comer. De hora a hora como qualquer coisa*” (Anabela, 70 anos, entrevista 7);

- *“Chegando aí pelas dez horas começa a doer o estômago, a sentir mais fraca, ah é que depois ando sempre, prá qui e prá colá (...). É por isso que como qualquer coisa, uma peça de fruta ou um bocado de queijo ou fiambre mas é quase sempre queijo e um iogurte, não é dos de beber, é dos outros*” (Sandra, 85 anos, entrevista 17);

Apesar das restantes entrevistadas não referirem tal situação não quer dizer que não o façam, simplesmente não o referem e, além disso não há nenhuma questão direccionada para esta resposta.

Quadro XX  
Hábitos alimentares

HÁBITOS ALIMENTARES	Nº
Saudáveis	12
Perniciosos	2
Saudáveis/ Perniciosos	3
Total de Entrevistas	17

Com excepção de duas entrevistadas, todas demonstram ter hábitos alimentares saudáveis, optando por comer cozidos e grelhados em detrimento dos fritos por motivos de saúde – *“quase nunca como fritos porque me sinto mal com eles e, sei que na minha idade já não devo comer fritos, não me fazem bem*” (Augusta, 68 anos, entrevista 5).

Algumas idosas afirmam gostar mais de fritos do que cozidos ou grelhados (*“o que eu gosto muito às vezes é de fritos mas raramente faço*”, Joana – 66 anos, entrevista 1) mas também tem consciência que *“não me cai bem*” (Sandra, 85 anos, entrevista 17) à vesícula, aos intestinos, *“ai fritos não porque me faz doer o estômago*” (Clara, 73 anos, entrevista 10) ou *“porque tenho tendência para engordar*” (Isabel, 73 anos, entrevista 11). Expressões como *“fritos como poucos. Vou até mais para os grelhados*” (Madalena, 67 anos, entrevista 3), *“fritos não como muito, é raro. (...) Como grelhado ou se for um bocadinho de bacalhau é cozido ou um bocadinho de peixe, de resto fritos é raríssimo, raríssimo eu comer fritos*” (Ana, 79 anos, entrevista 13), Maria (67 anos, entrevista 2) afirma fugir *“dos fritos, dos guisados, dos temperos, dos molhos, fujo disso tudo, até acabo por nem gostar*” são bem demonstrativas de que se está a aprender a comer de forma mais equilibrada, mais saudável.

A preocupação em variar a alimentação nomeadamente em comer peixe, carne e legumes está presente em muitas das entrevistas:

- *“Arroz de feijão vermelho e filetes de peixe. Mas o peixe é fresco e leva um bocadinho de hortaliça”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3);
- *“Como mais cozidos e sopa de carne de vaca”* (Ana, 79 anos, entrevista 13);
- *“Ainda hoje fiz uma açorda com peixe e sopa”* (Sandra, 85 anos, entrevista 17);
- *“Duas vezes na semana como sardinhas ou outro peixe. (...) Na quarta e na sexta é ou sardinhas ou carapaus ou outro peixe que a gente compra”* (Cláudia, 69 anos, entrevista 6).

Está presente a ideia de que é necessário cuidar de nós, da nossa saúde e, para isso é necessário ter uma alimentação equilibrada e apropriada à idade que se tem:

- *“A gente à noite tanto eu como o meu homem a gente como qualquer coisinha de tarde, porque a gente come a sande de queijo prontos, à noite já não se coisa, um chazinho de cidreira já se passa. Ou uma malguinha de leite já fica. O nosso comer é esse, já não se faz nada. Já não estamos para isso. Temos que olhar para a saúde da gente que se a gente não olha, quem é que há-de olhar?”* (Conceição, 67 anos, entrevista 4).

É também referido que não se come em grandes quantidades de comida – *“sei as quantidades que hei-de comer isso é que não me estendo muito, em quantidades por causa do colesterol e das gorduras”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

Apenas Cláudia (69 anos, entrevista 6) afirma comer *“grelhados porque o médico me diz”*, as restantes entrevistadas demonstram sensibilidade e preocupação com a sua alimentação:

- *“Ora bem, o médico nunca me mandou, é por gosto. Eu cozinho ao meu gosto. O médico nunca me pôs coisa na comida. Até ver”* (Patrícia, 71 anos, entrevista 9).

Matilde (70 anos, entrevista 8) afirma não ter quaisquer cuidados com a sua alimentação, pois após ter tido um Acidente Vascular Cerebral, a sua alimentação vem diariamente da Cruz Vermelha Portuguesa. Algumas entrevistadas, têm uma alimentação saudável e simultaneamente perniciosa porque não abdicam de um assado ou de um frito:

- *“Amanhã vou fazer assado, lombo, tenho aqui a descongelar ainda vou fazer o debinhadalho, arranjar isto tudo”* (Carolina, 84 anos, entrevista 16);
- *“Compro de peru [bife] que é tenrinho e atão como mas não é porque me saiba, mas frito”* (Ana, 79 anos, entrevista 13).

Apenas duas entrevistadas, Anabela e Rosalina, afirmam comer mais fritos do que cozidos ou grelhados por gosto e porque não se sentem mal com este tipo de alimentação:

- *"E eu até digo eu até gosto muito de fritos. Mas também não me sinto mal com eles"* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12);

- *"Ai eu fritos ainda como, é o que sabe melhor mas também posso comer. Come-se sempre mais fritos do que grelhados porque eu não gosto de coisas muito secas. Gosto daquele molhinho. Também as carnes tem hormonas tanto faz serem fritas ou grelhadas, elas matam"* (Anabela 70 anos, entrevista 7);

As entrevistadas demonstram preocupação com o que ingerem tentando *"fazer uma alimentação equilibrada para cuidar da minha saúde e não me sinto mal"* (Maria, 67 anos, entrevista 2). Quanto maior é o perfil sócio – económico das idosas, maior é a preocupação em seguir um regime alimentar, e mais facilmente é transmitida esta preocupação. Contudo, há a salientar que, não são apenas as entrevistadas com maiores habilitações académicas, que demonstram preocupações com a alimentação, o que nos leva a concluir que as entrevistadas demonstram levar uma vida relativamente saudável em termos alimentares, significando que há uma preocupação efectiva com o corpo, e consequentemente com a saúde, pois um corpo saudável é mais imune à doença.

#### 9.4.4 - Praia

Dez idosas afirmam ir regularmente à praia e as restantes não vão à praia.

Das entrevistadas que vão à praia apenas uma, a Maria (67 anos, entrevista 2) afirma não gostar muito de praia *"mas por uma questão de saúde acho que me faz bem tanto à sinusite como para os ossos"*. As entrevistadas que vão à praia regularmente ou que foram durante muitos anos afirmam ter cuidados com o corpo. Assim, dez delas põem ou punham protector solar e referem que não iam a qualquer hora para a praia (duas entrevistadas). Há uma certa consciência da importância do uso do protector solar e da não exposição continuada ao sol:

- *"Naquele tempo que eu ia quando era mais nova era o protector e não ia a qualquer hora para a praia (Aurora), estou na barraca e à sombra"* (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

A não exposição continuada ao sol, a qualquer hora do dia e o uso do protector deve-se a inúmeras razões:

- *"Eu não gosto muito de me expor ao sol que eu nem posso"* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *"Tenho a pele muito branca e as pessoas que são loiras tem mais tendência a queimar. Fico muito vermelha, o melhor é a gente não se pôr ao sol"* (Anabela, 70 anos, entrevista 7);

- *"Eu tenho uma pele muito seca e tenho estas manchas que me aparecem na pele (mostra braços e pernas) e não posso apanhar sol porque estas manchas tem tendência a aumentar"* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12);

- *"Tenho medo ao sol"* (Matilde, 70 anos, entrevista 8);

Todavia há quem não coloque protector solar, por considerar que *"não tenho medo ao sol aí não, mas eu também não me dispo, é consoante estou e o meu marido era igual. Arregaçava as calças"*. Ana (79 anos, entrevista 13) justifica esta atitude de *"nunca botei nada na pele"* com o facto de não se despir quando vai para a praia. Patrícia (71 anos, entrevista 9) afirma colocar o protector solar apenas porque *"senão a minha filha...zanga-se (risos)"* e não por considerar que é o melhor para si.

São sete as entrevistadas que não vão à praia por razões de doença, falta de vontade, ou simplesmente porque os filhos cresceram e já não têm vontade de ir sem eles:

- *"Sinto-me mal na praia por causa do coração"* (Carolina, 84 anos, entrevista 16);

- *"Sei lá [porque é que não vou para a praia], olhe... mais pela doença"* (Isabel, 73 anos, entrevista 11);

- *"Se quer que lhe diga não tenho assim vontade"* (Sandra, 85 anos, entrevista 85);

- *"Eu gosto da minha casa, sou muito caseira, gosto muito de estar em casa, não gosto de sair"* (Joana, 66 anos, entrevista 1);

- *"A mim não me puxa muito e ele [marido] também não"* (Isabel, 73 anos, entrevista 11);

- *"Agora não vou, antigamente ia com as filhas pequenas"* (Margarida, 81 anos, entrevista 14);

- *"Eu ia quando tinha filhos todos solteiros, alugava lá uma casa"* (Clara, 73 anos, entrevista 10).

As entrevistadas demonstram ter cuidados com o sol, quando andam nos quintais ou no campo, pois estamos perante um conjunto de mulheres que ainda se dedica ao cultivo de pequenas hortas, daí que usem chapéus, porque *"tenho muito medo à cabeça"* (Sandra, 85 anos, entrevista 17), *"tenho medo do sol porque deito sangue pelo nariz, ponho um chapéuzinho"* (Margarida, 81 anos, entrevista 14), evitam andar pelo calor preferindo *"estar ali sentada mas é à fresca"* (Conceição, 67 anos, entrevista 4) ou então, andar *"sempre vestida, [protector] só se for nos braços agora no resto ando sempre vestida"* (Sandra, 85 anos, entrevista 17).

As campanhas publicitárias sobre os cuidados a ter durante o período balnear são cada vez em maior número e pretendem alcançar o maior leque de classes sociais. Provavelmente os médicos de família e os farmacêuticos também dão alguns conselhos e o utente cumpre. Finalmente, a família mais chegada, filhos e netos também informam pais e avós e demonstram uma consciencialização dos perigos do sol. Aliás, no geral as entrevistadas demonstram ter conhecimentos sobre os cuidados a ter

com o corpo na época banhar apesar de não darem grande importância às horas mais aconselháveis para ir à praia. Apenas quatro entrevistadas referem que só vão para a praia a certas horas do dia e a Augusta (68 anos, entrevista 5) afirma pôr protector na cara durante todo o ano, aconselhada pela dermatologista:

- *“Ora bem, de manhã eu tento estar o tempo que puder mas no máximo até às onze por causa dos raios solares, embora use protector, embora me proteja. E depois das quatro em diante é que apanho sol”* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

Curiosamente, algumas destas entrevistadas, Augusta e Maria, são das que mais habilitações académicas apresentam.

Cuidados a ter na praia resumem-se apenas ao uso do protector solar, embora tenhamos que salientar que estas mulheres não estão habituadas a ir para a praia e a exporem-se ao sol, pois são de uma geração diferente, em que apenas se ia para a praia por conselho médico para banhar os pés e apanhar ares do mar. As idosas que não vão à praia demonstram ser muito cuidadosas protegendo-se com um chapéu e evitando as horas de maior calor, prova disso foi a hora em que foram realizadas as entrevistas, entre as duas e as três da tarde em que encontramos as entrevistadas à porta de casa ou nos quintais à sombra.

Concluimos que, como refere Manuel Villaverde Cabral (2002, 132), assistimos a uma “recuperação cultural do papel dos hábitos individuais na conservação da saúde”. Esta crescente ênfase que é colocada nos hábitos individuais de saúde pelos meios de comunicação social, que tem dado realce aos discursos dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos tem sido importante para a construção individual de saúde assente na responsabilidade.

## Capítulo Dez

---

### Discursos das idosas

10.1 – A linguagem	168
10.2- A linguagem na doença	169

## 10.1 – A linguagem

É imensa a quantidade de idiomas conhecidos por todo o Mundo, já não falando nas línguas ditas mortas, já não faladas.

Luís Melho (2001, 448) refere que “a linguagem, os idiomas utilizados pelos povos para a sua vida cultural – para a sua vida humana – são acima de tudo um produto cultural e social”. Deste modo, podemos considerar a linguagem como um instrumento de comunicação resultante da sociedade em que se insere.

A linguagem permite ao homem o convívio com os outros, a troca de ideias e de sentimentos, pressupondo assim a existência de um interlocutor e de um ouvinte. Mas a linguagem, enquanto processo psicossocial, exige uma aprendizagem dos códigos que compõem um idioma. Pensa-se que o homem loquens (ou falante) surgiu com a raça Cro-Magnon. (*Idem*).

A linguagem permite ter ideias em comum e falar sobre um mesmo assunto, nesta investigação, em concreto, sobre a saúde e a doença na velhice, pois não somos ilhas.

Erving Goffman (1975, 12) refere que a expressividade do indivíduo envolve duas actividades, “a expressão que ele transmite e a expressão que emite” isto é, a primeira refere-se à linguagem e o segundo refere-se a uma série de elementos não verbais que o indivíduo usa.

Tendo já analisado os elementos não verbais debruçemo-nos sobre a análise dos discursos das idosas. Moisés Martins (2001, 89) refere que os discursos “fazem mais do que significar-se uns aos outros e que eles são naturalmente utilizados para visar, para designar fragmentos do mundo, ou por outra, para isolar, no fluxo das coisas, relações efectivas entre acontecimentos”. Esta dimensão do discurso trata da questão do sentido da linguagem, do seu significado, o qual pressupõe uma determinada interpretação.

A análise estilística, a linguagem técnica e a mudança repentina de assunto são os aspectos sobre os quais nos vamos debruçar na análise semântica do discurso.

A sintaxe é outra das dimensões do discurso que nos merecerá especial atenção, na consideração formal da linguagem. A sintaxe analisa a relação dos signos entre si fornecendo-nos regras que permitem evitar a falta de sentido ao construir proposições.

O discurso directo e indirecto, os advérbios e os adjectivos são outros dos aspectos a analisar na dimensão morfo-sintáctica.

A semântica pressupõe sempre a relação das palavras entre si, isto é, a sintaxe, pois só assim podemos chegar ao seu significado. A sintaxe é a dimensão que pode ser estudada independentemente das outras duas, daí a sua aproximação à lógica, que por si só, constitui-se como



uma sintaxe. A competência pragmática, embora fundamental para a compreensão do discurso, não será objecto de análise desta investigação.

A competência para falar a língua legítima não é pertença de qualquer um. Os usos populares da língua são pertinentes na medida em que falar é “apropriar-se de um dos estilos expressivos já constituídos no uso e pelo uso” (*Idem*, 37) logo, estes estilos usados permitem-nos classificar e hierarquizar aqueles que os usam.

## 10.2- A linguagem na doença

A vivência da doença é uma experiência única traduzida numa linguagem própria, de acordo com um conjunto de saberes resultantes de um determinado contexto cultural e social (Duarte, 2002). A linguagem é assim o reflexo da realidade vivida por cada uma das idosas.

Na análise linguística de um discurso temos de ter em atenção a idade dos produtores, as diferenças sociais destes e o local onde os discursos são produzidos.

Todos temos necessidade de comunicar, de transmitir o que sentimos e o que pensamos, enfim quem somos. A liberdade de expressão é um direito de todos, embora com restrições, pois não podemos dizer tudo o que queremos, em qualquer altura, e a qualquer um. No dia a dia não deixamos transparecer completamente quem somos e o que sentimos, mas escondemo-nos atrás de fachadas (Goffman, 1975). Wittgenstein no *Tratado Lógico Filosófico* (1987) afirma que não podemos expressar tudo pois isso seria a morte da linguagem.

A linguagem usada na maioria das entrevistas evidencia a pouca escolaridade da maioria das idosas e a reduzida cultura linguística. Há assim uma predominância da linguagem popular, familiar e coloquial.

As marcas de oralidade, presentes ao longo dos discursos, vêm ao encontro da ideia acima defendida. Salientamos algumas dessas marcas patentes nos discursos: *praí, p`rá qui*.

As entrevistas das idosas estão inundadas de discursos directos o que significa que a acção imediata descrita pelas entrevistadas referente à saúde e/ou doença é contada de forma directa. O discurso indirecto também se encontra presente mas em menor número.

O adjectivo, enquanto caracterizador dos nomes, é usado para expressar sentimentos ou emoções, salientando traços objectivos, subjectivos ou psicológicos da saúde/doença das idosas e do médico. São usados adjectivos para caracterizar o estado de espírito das idosas quando se encontram doentes (neurótica, inactiva, acabada, caída, definhadas, cansadas), o médico (excelentes, maravilha,

bom amigo, bom vizinho, franco, claro, simpático), que tipo de morte querem ter (calma, serena) o estado da saúde em Portugal (lastimável).

A repetição do advérbio muito/ mais é muito frequente, o que leva a afirmar a ideia positiva e favorável que tem da classe médica e a reforçar os alimentos que ingerem.

Ao longo de todos os discursos encontram-se imensas repetições que acentuam a aceitação perante a realidade, isto é, perante a doença. Repetem frequentemente a palavra “*não tenho*” para reforçar a ideia da não existência de doenças graves ou de uma relação afectuosa com o médico onde não existem conflitos, realçam a sapiência do médico (“*bom médico*”, “*bom médico*”). Usam a expressão “*estava muito mal, muito mal*” para acentuar a ideia de que estavam muito doentes, com dor e sofrimento. A repetição da expressão *às vezes* sugere-nos a dificuldade das entrevistadas em usar vocabulário variado o que, mais uma vez, vai ao encontro da ideia que existe uma cultura linguística pouco desenvolvida e, simultaneamente, as mesmas palavras (substantivos) são continuamente repetidas nas frases, o que evidencia o desconhecimento do uso da pronominalização.

Por outro lado, este estilo repetitivo é também uma forma das idosas garantirem que a mensagem que estão a transmitir é percebida. Além disso, as idosas repetem determinados termos por não saberem usar os pronomes, como já foi referido, – “*há muitos que os familiares não os querem [velhos] e acabam aí na miséria ou vão para lares, que são uma miséria. Fecham-se lares, porque se vão dar grandes misérias nos lares*” (Cláudia, 69 anos, entrevista 6).

Utilizam orações causais, por vezes com valor explicativo, o que revela a necessidade de explicar e justificar o que afirmam. Também usam coordenadas conclusivas o que revela a coerência lógica dos seus discursos: expõem e concluem para reafirmar o que disseram.

Quanto mais baixo é o diploma escolar, maior é a probabilidade de encontrarmos faltas de concordância – “*estes medicamentos dos ossos mexe-me muito com o estômago*” (Patrícia, 71 anos, entrevista 9).

Empregam os verbos na primeira pessoa do plural ou na terceira do singular (a gente) quando falam de situações comuns ao ser humano, quando pretendem dar conselhos ou expôr o que sabem sobre determinado assunto. Por outro lado, o uso da terceira pessoa do plural pode ser entendido como receio de assumir a doença que têm.

A repetição do verbo acreditar é usado muitas vezes no sentido de reafirmar uma ideia, nomeadamente a da crença na vida além da morte.

A maioria dos verbos são conjugados na primeira pessoa e no presente, embora também se conjuguem no pretérito perfeito e imperfeito (passado).

Visível em muitos discursos é a falta de vocabulário específico, por exemplo, para denominar um médico especialista – “*mas quando é preciso eu ponho-me a mexer e vou a um doutor que... sabe*

*mais sobre uma parte do corpo, não é*” (Sandra, 85 anos, entrevista 17). Em muitas situações esta falta de vocabulário leva ao uso da palavra “coisa” – *“Eu quando estava a fazer um exame, senti assim um alívio, senti uma coisa, quando uma coisa sente assim uma coisa boa”*. Nesta expressão, Anabela (70 anos, entrevista 7) usa a palavra coisa como substituta de sentimentos e emoções que não consegue transmitir por palavras. Peter Burke *et al* (1993, 365) afirmam que “a doença põe a linguagem inevitavelmente sob tensão” na medida em que procuramos as palavras certas para descrevermos o que sentimos, onde nos dói.

Usam diminutivos (probleminhas, bocadinho, magrinha, coisinha) com bastante frequência no sentido de pequenez, insignificância dos problemas de saúde que apresentam, de carinho, afeição e valor estimativo (dentinhos)

As formas verbais e frásicas nem sempre são bem empregues. Das formas verbais salientamos o uso incorrecto dos verbos e da concordância verbal pôr (*pus*), fui (*foi*) podia haver (*podiam haver*), estive (*esteve*), tive (*teve*), havia (*havam*) há quem receite comprimidos (há quem receitasse comprimidos). Quanto à construção frásica, salientamos expressões como *eu tomo sempre, “agora tenho que tomar toda a vida, um comprimido para o colesterol, diário”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7); *“às vezes pode surgir algum problema, que eles [médicos] não estejam a contar....”* (Joana); *“Em antes de eu ter os diabetes [a consulta] era mais passageira”* (Cláudia, 69 anos, entrevista 6).

A sintaxe também surge empregue de forma incorrecta – *“Não vou à médica parece que faz três anos em Agosto”* (Sandra, 85 anos, entrevista 17), *“eu, às vezes, durante a semana vai-se comendo mais cozidos ou grelhados e, ao domingo, eu não passo sem comer um assadinho (...), evito algum dia de não tomar”* (Joana, 66 anos, entrevista 1), *“a minha saúde é os ossos”* (Patrícia, 71 anos, entrevista 9).

A interrogação retórica é usada não para obter uma resposta, mas para realçar as ideias e o discurso, tornando-o mais vivo – *não é?; sabes porquê?; não acha?; um velho?; porque é que hei-de ir lá eu? O que é que uma pessoa vai dizer?; Em saúde o que é que a gente pode ajudar?*

Os sons com que espontaneamente exprimimos sentimentos e emoções chamam-se interjeições. Ao longo dos discursos das entrevistadas encontramos interjeições de dor e/ ou surpresa, de espanto, de aversão, de encorajamento e de indignação quer perante a doença quer o médico - oh, ai, ui, ah,. Simultaneamente encontramos interjeições constituídas por mais de uma palavra denominadas de locuções interjectivas – *ora esta, não acha?, oh meu Deus!, ah sim.*

A metáfora, palavra ou expressão usada num sentido que não lhe pertence, mas em que há certa semelhança entre os dois termos, é usada no sentido das entrevistadas demonstrarem a sua

independência (*"enquanto a gente tem cabeça para nos bastarmos a nós próprios"*), para caracterizarem o médico (*"ele dá-me logo a volta"*), para caracterizarem o estado de espírito em que se encontram quando estão doentes (*"o corpo todo partido"*), prevenirem-se não abusando nos medicamentos (*"quanto menos a gente meter cá para dentro..."*), para descreverem a morte (*"eu acho que isto é uma passagem que nós temos aqui"*), para evidenciarem atitudes resolutas (*"peguei e fui ao dentista"*), quando se referem aos pedidos que fazem a Deus e/ou aos santos (*"eu acho que a pessoa devia ir directamente ao patrão"*), quando se referem ao estado da saúde em Portugal (*"ainda temos muito caminho a andar..."*), em termos alimentares (*"mas eu sou maluca por ele [marisco]"*).

Por vezes, surgem expressões que exageram a realidade, hipérboles, em termos alimentares (*"estou sempre a comer"*), para caracterizar os médicos (*"eles têm a paciência toda do mundo"*).

A suavização de realidades duras, através de palavras agradáveis, também se encontra presente nos discursos. Encontramos expressões eufemísticas referentes à morte – *"Porque a gente vê estas pessoas a desaparecer. E pensa assim, quando irei eu?"; "não queria sentir a perda dele"; "a gente tem que pensar que um dia desaparece, não é?"*.

A anáfora e o pleonismo, enquanto recursos de estilo de repetição, estão presentes nos discursos das idosas, o pleonismo, enquanto repetição de uma palavra ou ideia, dá mais ênfase ao discurso; a repetição de uma palavra (*coisa; medo; às vezes; receita; mal; acredito; assim*) ou expressão (*"Ainda aqui atrasado andei aí desesperada, desesperada, desesperada"*, Cláudia – 69 anos, entrevista 6; *"Todos os anos faço mamografias, todos os anos faço análises ao sangue"*, Joana – 66 anos, entrevista 1; *"Estava muito mal, muito mal"*, Patrícia – 71 anos, entrevista 9; *"Não me posso queixar"*, Maria – 67 anos, entrevista 2; *"Bom médico, bom médico"*, Sandra – 85 anos, entrevista 17) várias vezes (anáfora) é utilizada no sentido de fazer sobressair o que se repete pela insistência – reforça-se a ideia de que se cumpre o que o médico diz, de que cada um é o seu melhor médico, da caracterização do médico, do sofrimento sentido, da duração do sofrimento, dos exames que fazem,

O pleonismo, repetição da mesma ideia, é outro recurso de estilo usado ao longo das entrevistadas para reforçar sentimentos e posturas face à doença – *"caíam-me os dentes assim inteiros sem nada, sem coisa nenhuma", " não sendo mal ruim"* (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

A antítese, oposição de palavras ou ideias, é empregue no sentido de dar relevo a uma delas – *"nós havemos de ver aquilo que nos faz bem e que nos faz mal"; "nunca se ia a um médico saber se o bebé estava bem, se estava mal"* (Anabela, 70 anos, entrevista 7); *"Eu acho que não há milagres por tudo e por nada"* (Joana, 66 anos, entrevista 1); *"Cada um é que sabe se faz bem ou mal (...) veio um relatório se é benigno, se é maligno (...), lembre-se que são agora novas também chegam a velhas (...) não sendo mal ruim já é uma coisa boa, não é?"* (Sandra, 85 anos, entrevista 17); *"a sida, não sei muito sobre esta doença mas sei que existe"* (Maria, 67 anos, entrevista 2).

As palavras que se juntam aos verbos para lhes modificar a significação ou exprimir circunstâncias de uma acção, qualidade ou estado, chamam-se advérbios. Recorrem também, de vez em quando, aos provérbios – “*mais vale prevenir do que remediar*” (Maria, 67 anos, entrevista 2), “*entre mortos e feridos alguém há-de escapar*” (Anabela, 70 anos, entrevista 7), “*quem dá ventos colhe tempestades*” (Ana, 79 anos, entrevista 13) que explicam e confirmam de forma sintética, o que pretendem comunicar.

Constatamos assim que o vocabulário usado pelas entrevistadas para descrever as sensações corporais é muito limitado daí que, recorram a analogias e imagens do quotidiano – “*se caio amarrado os ossos, são como papel é para ir para uma cama*” (Sandra, 85 anos, entrevista 17), “[estou a tomar] medicamentos para a cabeça, margosos parece fel” (Patrícia, 71 anos, entrevista 9), “*eu tenho aquelas costuras todas e agora está-me outra vez a sair os nós*” (Madalena, 67 anos, entrevista 3), “*o meu coração não presta, é de cebola*” (Clara, 73 anos, entrevista 10).

O discurso das entrevistadas é eminentemente religioso pois há uma identificação pessoal com Deus. Eni Orlandi (1996, 243) caracteriza o discurso religioso como aquele “em que fala a voz de Deus”. Há uma desigualdade entre o locutor e o ouvinte sendo o primeiro do plano espiritual (Deus) e o segundo do plano temporal (os homens), pertencentes a mundos diferentes e igualmente desiguais. Deus onipotente, imortal e eterno domina o homem, ser terreno, mortal e finito.

Desta assimetria nasce uma desigualdade que está patente na forma como as entrevistadas relacionam a vida/ morte, a saúde e a doença. Esta visão varia com a Fé que cada uma das entrevistadas apresenta. A fé enquanto graça recebida de Deus pelo homem, distingue os fieis dos não fieis conduzindo assim a um distanciamento entre os que pertencem à Igreja e nela creditam e os que não pertencem e não acreditam.

Acredita-se que existe alguém superior que comanda e influencia as nossas vidas. Estamos assim perante uma relação assimétrica de ordem espiritual assente no que Eni Orlandi (1996) chama de mediadores tais como Nossa Senhora, santos, e de ordem temporal na relação com o sagrado feita pelos representantes da Igreja como o papa, o bispo e os padres.

O discurso religioso é definido como uma “relação espontânea com o sagrado” (Orlandi, 1996, 246), informal e familiar, que nos é transmitida ao longo de toda a entrevista, nomeadamente através de orações e de pedidos.

Ao longo da entrevista está patente a relação de dualidade existente entre Deus e os homens, de um lado a onipotência divina e do outro a submissão humana.

O idoso constrói o seu discurso descrevendo interacções positivas. Os acontecimentos negativos mais marcantes na trajectória de algumas das entrevistadas foram a morte de parentes

próximos. Algumas das idosas são viúvas e apresentam um discurso marcado pela perda de seus maridos.

## Capítulo Onze

---

### A morte

*Já posso partir! Que meus irmãos se despeçam de mim!  
Saudações a todos vocês; começo minha partida.  
Devolvo aqui as chaves da porta e abro mão dos meus direitos na casa.  
Palavras de bondade é o que peço a vocês, por último.  
Estivemos juntos tanto tempo, mas recebi mais do que pude dar.  
Eis que o dia clareou e a lâmpada que iluminava o meu canto escuro se apagou.  
A ordem chegou e estou pronto para a minha viagem.*

Tagore  
Gitanjali, XCIII

Desde sempre o homem reflectiu sobre a morte pois ela é inevitável. A morte faz parte da vida, ela pertence à vida. A morte é comparada ao desconhecido, “a uma acção má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clamam por recompensa ou castigo” (Kubler-Ross, 2000, 6) precisamente porque retira a vida terrena ao indivíduo, os sonhos, as aspirações, as alegrias, as tristezas, o acompanhar da vida dos filhos e dos netos e tudo aquilo que é material e palpável – a casa, o quintal, os amigos, o pároco, a igreja.

Todo o homem tem consciência do carácter temporal da sua estadia na terra. A morte é entendida, não como um fracasso da medicina, mas como um processo natural, inevitável e inelutável da vida (Fontaine, 2000).

A morte faz-nos ter consciência da fragilidade da vida. José Oliveira (1998, 6) lembra-nos que “tudo na natureza nos fala da dialéctica frágil entre a vida e a morte, como tese e antítese, em busca de nova antítese: o dia e a noite, a semente que renasce após a morte, a Primavera – Verão dá lugar ao Outono – Inverno, a flor que hoje é bela e amanhã fenece, a onda que vem e que morre na praia, a palavra que se apaga para outra poder ser ouvida, a criança que vai morrendo em nós para dar lugar ao adulto...”.

Filósofos e escritores pensaram e reflectiram sobre a morte. Para o existencialista Martin Heidegger (1998) o homem é um “ser-para-a-morte”, contrariamente a Jean-Paul Sartre que considera a morte um absurdo. Autores portugueses como Fernando Pessoa, através da literatura, reflectiram sobre este tema (“a morte é a curva da estrada/ morrer é só não ser visto”).

A morte é tão antiga quanto o homem e está patente em diversas obras filosóficas, poéticas, religiosas e até para a ciência não é indiferente. Os egípcios acreditavam que a morte era uma porta que conduzia a uma outra vida daí que com os mortos fossem enterrados objectos decorativos e moedas para se poder iniciar uma outra vida.



A morte continua a ser um acontecimento que traz dor e sofrimento o que mudou foi a forma de lidar com ela. Não a podemos negar, apenas tentar dominá-la.

Cada vez mais nas nossas sociedades ameaçadas pelo terrorismo, pelo aumento da criminalidade e por catástrofes naturais, o homem sente-se impotente face à morte não a conseguindo prever. Por outro lado, cada vez mais a tecnologia e a ciência, os transplantes de órgãos vitais, as máquinas que mantêm os órgãos vivos, mantêm as pessoas vivas (distanásia) adiam a morte. É assim visível, na nossa sociedade, a tentativa de enganar a morte no sentido de prolongar a vida. José Oliveira (1998, 5) refere algumas destas tentativas nomeadamente o facto de que “antes morria-se em casa, quase ritualmente, hoje morre-se «cientificamente» no Hospital, às escondidas da família”, os mortos já não são levados para casa, há a preocupação com a estética corporal destes sendo inclusive maquilhados, mas os cemitérios estão quase sempre vazios...

Inicialmente pensamos que as questões alusivas à morte causariam algum desassossego e nervosismo às entrevistadas, mas para nosso espanto, apercebemo-nos que as idosas, talvez devido à idade, têm o hábito de pensar na morte e que se confrontam com ela – “*penso na morte muitas vezes*” (Maria, 67 anos, entrevista 2), o que nos permite afirmar que o homem é um “ser-para-a-morte”.

Nem todas as entrevistadas reagem da mesma forma perante a morte. A postura face à morte depende da forma como cada uma delas viveu e encarou a vida (Leandro, 2001).

Mais de metade das entrevistadas (doze) afirma pensar na morte frequentemente, duas referem que pensam às vezes e às restantes três entrevistadas, por esquecimento, não lhes é colocada esta questão. Referindo-se à morte Carolina (84 anos, entrevista 16) diz que “*estou sempre a ver quando ela chega*”, afirmando que também pensa na morte, interrogando-se de quando será a sua vez de ser chamada – “*Muito, penso muito. Sabe porque é que eu penso na morte? Porque a gente vê estas pessoas a desaparecer e pensa assim Quando irei eu?*”.

## Quadro XXI

## Atitude perante a morte

ATITUDES PERANTE A MORTE		Nº
Aceitação		11
Destemor		9
Passagem		4
Inevitável		2
Serenidade		2
Sofrimento		5
Receio	Morte	4
	Morte de um familiar	2
	Que não lhe rezem	1
Transformação		1
Saudade		1
Total de Entrevistas		17

Há uma aceitação geral da morte (11 entrevistadas) sendo esta vista como algo de inevitável, é uma sina a que ninguém pode fugir, *“se a gente tivesse medo à morte e ela não viesse...mas ela vem!”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8), *“sei que vou morrer”* (Sandra, 85 anos, entrevista 17). Sandra proclama dois versos (*“Há quem queira mal à morte e ao meu nome/ A morte só traz o bem/ Morre o pobre e morre o rico/ Cá não fica ninguém. Morre o pobre e morre o rico/ Morre famílias reais/ No nascer e no morrer/ Todos nós somos iguais”*) em que refere que de facto no *“nascer e no morrer todos somos iguais”* e, independentemente da família em que isto acontece, pode-se retardar a morte algum tempo, mas ela virá independentemente da nossa vontade, pois *“a gente tem que pensar que um dia desaparece, não é”* (Cláudia, 69 anos, entrevista 6). Esta aceitação da morte assenta na ideia de que a morte é algo de bom se estivermos *“de bem com Deus”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8) e que Deus é infinitamente misericordioso e que perdoará todos os nossos pecados – *“que Nosso Senhor me perdoará das minhas faltas”* (Sandra, 85 anos, entrevista 17).

Perante a aceitação da morte nove das dezassete entrevistadas demonstra ter uma atitude de destemor perante esta, pois afirmam ter vivido esta vida terrena segundo os mandamentos da Lei de Deus, não receiam a morte, porque não terão muitas contas a ajustar com Deus – *“Eu acho que a morte, se nós estivermos de bem com Deus, não é preocupação”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3). Esta entrevistada vê a morte como *“uma coisa maravilhosa”* pois estaremos perante Deus. Abundam expressões como a de Isabel (73 anos, entrevista 11) *“não tenho medo da morte”*, a de Ana (79 anos, entrevista 13) *“não tenho medo de morrer mas sei que na eternidade vou ter o benefício”* ou a da

Madalena (67 anos, entrevista 3) *“eu acho que a morte, se nós estivermos de bem com Deus, não é preocupação”*. Estamos assim perante um discurso eminentemente religioso em que se acredita na morte como a porta para a vida eterna, mas para isso é necessário ter tido uma vida a que Kant chamaria de moralmente boa:

- *“Não tenho medo [da morte]. Não tenho remorsos, não tenho roubos, não tenho calúnias que levantasse a ninguém, não tenho nada, felizmente de coisas de maiores, nada, nada de pesadelos”* (Amélia, 83 anos, entrevista 15).

Aliado ao destemor temos uma atitude de inevitabilidade da morte (duas entrevistadas):

- *“Ah, não tenho medo à morte, sabes porquê? Porque eu sei que vou morrer. Não adianta ter medo não é? Eu não tenho medo”* (Anabela, 70 anos, entrevista 7).

Constatamos que 5 das entrevistadas afirmam não ter medo à morte mas ao sofrimento físico, a estar acamado numa cama. Não querem ter uma morte dolorosa, sofrida, afirmando que *“há pessoas que tem uma morte bonita, outros sofrem muito, outros sofrem menos”* (Madalena, 67 anos, entrevista 3). Assim, afirmam que *“só tenho medo ao sofrimento, não tenho medo à morte porque sabemos que nós temos que morrer, nós temos de ir”* (Matilde, 70 anos, entrevista 8) pedindo *“a Deus que ma dê breve como deu à minha mãe, não quero sofrer”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14). A hora, o dia e como se morre é uma incerteza que traz alguma angústia e desassossego:

- *“Eu nem sei explicar mas que tenho medo tenho, não sei. Tenho medo de sofrer muito. Eu sou uma pessoa de coragem mas tenho medo de sofrer. Não sei ainda o meu fim, tenho medo de sofrer muito”* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12).

Outra postura face à morte assumida por quatro entrevistadas é o receio da própria morte, quando se afirma *“eu tenho medo da morte”* (Rosalina, 75 anos, entrevista 12), quando não se quer falar e pensar na morte, respondendo de forma esquiva à pergunta dizendo apenas que *“ai, não sinto nada, tento desviar e não pensar na morte”* (Patrícia, 71 anos, entrevista 9). Este receio perante a morte prende-se também com o facto de não se querer sobrecarregar os filhos, que já têm uma vida profissional que lhes ocupa grande parte do tempo e das energias, não havendo disponibilidade de tomar conta dos pais doentes:

- *“Ficar aí para dar trabalho às minhas filhas que elas tem tanto que fazer também, quando eu não puder que eu seja feliz como foi a minha mãe no dia em que le deu foi no dia que morreu”* (Margarida, 81 anos, entrevista 14).

Outra das entrevistadas, a Amélia (83 anos, entrevista 15) tem receio à morte, pois acha que, quando morrer, não terá ninguém que reze pela sua alma, pois é viúva e não tem filhos e, quando está na Igreja pensa muitas vezes em quem rezará por ela quando falecer:

- *"Oh meu Deus eu aqui recomendo os outros a Nosso Senhor e a mim é raro recomendar-me e amanhã será o dia em que já não posso fazer nada por ninguém, nem por mim".*

A morte é entendida como uma passagem para a Vida Eterna, pois *"se Jesus nos prometeu assim e assim o creio, e assim o penso e assim está escrito a morte é a nossa passagem para chegar ao Pai senão não passávamos"* (Isabel, 73 anos, entrevista 11). A morte mais não é do que uma transformação que nos permitirá aceder ao Pai e à Vida Eterna.

Para duas das entrevistadas esta passagem é algo de inevitável, nada detém a morte – *"se a gente tivesse medo à morte e ela não viesse... mas ela vem (...) que todos temos de passar o portelo, a morte aquela porta, depois..."* (Amélia, 83 anos, entrevista 15); *"todos sabemos que ela [morte] há-de vir"* (Augusta, 68 anos, entrevista 5). Para duas das entrevistadas a morte é algo de predestinado por Deus, *"Deus é que nos avisa da morte, quando ele entende, leva-nos quando ele nos quer levar pois só Deus é que sabe"* (Madalena, 67 anos, entrevista 3). Surgem inquietações sempre envoltas numa grande religiosidade que levam a Clara (73 anos, entrevista 10) a interrogar-se dizendo *"Oh meu Deus, a gente trabalha, leva uma vida escrava, desgostos e tudo e ao fim deixa-se tudo mas prontos, Deus é que sabe quando há-de ir"*. Maria (67 anos, entrevista 2) pede a Deus uma morte calma, serena *"porque é bom para quem morre mas também é bom para quem assiste"*, pois a morte dos outros causa-nos muito sofrimento, dor, a perda de alguém que nos é querido muito doloroso. Esta ideia é defendida por Madalena (67 anos, entrevista 3), viúva há dois anos e por Joana (66 anos, entrevista 1) que afirma querer morrer primeiro que o marido pois *"não queria sentir a perda dele. Custa-me mais sentir a morte de outra pessoa do que eu mesma pensar que vou morrer"*.

A morte traz também a saudade, saudade dos familiares e amigos que ficam:

- *"[saudades de] deixar os meus filhos, queremos ver sempre mais. E onde é que chegará este neto, o que irá ser deste ou daquele ou daquele outro e isto prende-nos um bocado à vida"* (Isabel, 73 anos, entrevista 11).

Da análise das entrevistas efectuadas concluímos que a religião continua a desempenhar um papel preponderante nas atitudes perante a morte. Todas as idosas são católicas, acreditam em Deus e, como tal acham que esta vida terrena é de sofrimento, de dificuldades e que, após a morte serão recompensados por Deus e que terão um lugar no Céu. Os católicos vêm assim a morte como a outra face da vida.

É difícil comprovar cientificamente a vida após a morte, mas doze das entrevistadas acreditam na vida depois da morte e apenas duas demonstram incerteza face à existência desta. Como cristãs que são, acreditam na vida além da morte *"mas uma vida para além da morte perante Deus"* (Madalena, 67 anos, entrevista 3). A morte é metaforicamente comparada ao portelo que nos conduzirá a Deus e *"que havemos de ir para o lugar que Deus nos manda mas que havemos de ter o perdão de*

*Deus pelo que a gente passou na vida não é?” (Margarida, 81 anos, entrevista 14). Augusta (68 anos, entrevista 5) acredita que “há uma vida para além desta e que hei-de ressuscitar se fizer boas acções e viver solidariamente e fraternalmente com os outros e que serei feliz para sempre”.*

Uma das entrevistadas, a Maria (67 anos, entrevista 2), não acredita na encarnação mas “*na vida sobrenatural, na ressurreição dos corpos e na vida eterna*” e, no juízo final os corpos ressuscitaram. Madalena (67 anos, entrevista 3) assume não acreditar na encarnação dizendo que “*não acredito na reencarnação (...) Morrer aqui e nascer numa criança eu nisso não acredito*”.

Todas elas aceitam a morte, vêm-na como um prémio que Deus lhes dará se tiverem vivido a vida terrena em consonância com os mandamentos da Lei de Deus, e uma etapa da existência apesar de não a entenderem.

As entrevistadas aceitam que o indivíduo é um ser-para-a-morte (Heidegger, 1998), que esta faz parte do processo natural da vida, havendo a preocupação de descrever ou simplesmente de referir a morte de pessoas que lhes estavam próximas como uma forma de se afirmar, que apesar de terem partido não estão esquecidos. Nove das entrevistadas descrevem a doença e morte daqueles que mais gostam com destaque para a mãe (três entrevistadas), o marido (duas entrevistadas), a irmã (uma entrevistada), cunhada e cunhado (uma entrevistada), sogra (uma entrevistada) e o irmão (uma entrevistada).

Há a noção que a morte é indeclinável e que ocorrerá mais tarde ou mais cedo, independentemente da vontade de cada um. Esta inevitabilidade da morte torna-se mais presente com o passar da idade e, na velhice, é tida como um acontecimento muito próximo, o que leva os idosos a terem precauções suplementares e a adoptarem estilos de vida mais saudáveis como forma de perpetuar a vida e evitar a morte que se avizinha a passos largos.

Deste modo, facilmente as preocupações demonstradas em ir ao médico, em seguir os conselhos deste nomeadamente em comprar e tomar toda a medicação, em evitar fritos, estufados e assados, em tomar o pequeno-almoço e evitar estar muitas horas sem ingerir algum alimento, em manter o corpo asseado, são uma forma de eternizar a vida protelando a morte.

Como refere Epicure (*apud*, Oliveira, 108) “enquanto tu existes, não existe a morte, e quando a morte sobrevém, já tu não existes”. A morte é um mistério que só será desvendado por quem a passar.

---

## Conclusão

No início deste trabalho muitas eram as dúvidas que nos assaltavam. Estávamos conscientes que em sociologia qualquer tema está rodeado de discursos e pré-noções, muitos dos quais baseados no senso-comum.

Não esquecendo que o sociólogo deve ser o mais fiel possível ao método científico, evitando emitir juízos de valor, tentamos alcançar a neutralidade axiológica defendida por Max Weber.

Na senda de Emile Durkheim, tentamos fazer sociologia baseada na análise objectiva e neutra dos fenómenos sociais, rompendo com o senso comum e privilegiando o método científico, através do qual a objectividade é possível.

Aprendemos com Max Weber que por mais limitado que seja o objecto social, é sempre de uma riqueza inesgotável, uma vez que o fenómeno social é único e singular, tal como são únicos e singulares aqueles que nele participam.

Esta tese de investigação foi um trabalho constante de construção/ reconstrução, pois se por um lado a familiaridade com o objecto de estudo nos permitia conhecer esse mesmo objecto, por outro lado, tínhamos dificuldades em distanciarmo-nos dele.

À medida que realizávamos as entrevistas a nossa admiração e respeito pelas idosas ia aumentando - quanta sabedoria, simplicidade e experiência nos transmitiram!

O estudo realizado em Gualtar, com uma população semi-rural de grande atracção urbana, demonstra que as diferentes atitudes face ao corpo, à doença, à cura e ao médico resultam da vivência e da experiência de cada uma das idosas. Neste sentido, podemos afirmar que as práticas de cada uma das idosas, perante a saúde e a doença, são o resultado individual das suas trajectórias profissionais, culturais e religiosas.

Constatamos que as atitudes face à saúde e à doença são determinadas pela conduta individual das idosas e pela sociedade, e interferem nos comportamentos do indivíduo, influenciando deste modo a saúde, as práticas e hábitos culturais, opinião que vai ao encontro da investigação realizada por Susana Duarte (2002).

Apesar de considerarmos que os diferentes momentos do percurso de vida das entrevistadas influenciam a percepção individual de saúde, não nos debruçamos sobre este aspecto, para não tornar a investigação demasiado extensa. Embora consideremos o tema pertinente, deixamo-lo em aberto para futura investigação.

Há um efectivo recurso à medicina institucional, ainda que a medicina alternativa não seja posta de lado, verificando-se uma produção e consumo de mezinhas caseiras.

Os saberes tradicionais -mezinhas caseiras- e a religião também conferem uma dimensão à doença e à cura, que não podem ser ignoradas, havendo uma relação visível entre as práticas individuais das entrevistadas e a crença religiosa. Os discursos das idosas evidenciam uma forte religiosidade, que influencia a forma de cada uma estar, sentir e olhar o mundo, nomeadamente as questões da saúde. Os resultados dos estudos realizados, a nível europeu, por J. Wardle e A. Steptoe em 1991 (in Leandro, 2001) convergem com a presente investigação. O mesmo se verifica na investigação de D. Boy e G. Michelet, em 1986 (*apud* Leandro, 2001), em que se conclui que não existe uma correlação directa entre a crença no transcendente e o nível cultural das pessoas, isto é, a detenção de um nível cultural elevado não diminui a crença no transcendente (*Idem*).

A doença é olhada pelas idosas como sofrimento, algo de desagradável que se pode manifestar no corpo (e/ou no espírito). A corporeidade é um conceito integrante do habitus, na medida em que o corpo é um veículo de transporte de aprendizagens sociais, culturais e económicas. O corpo, bem como a linguagem, são formas de representação do indivíduo, objectos de comunicação e de diferenciação social.

Em situação de doença, as idosas, demonstram preocupação, aceitação, confiança, coragem e seguem muitas vezes os conselhos do médico, complementando-os com saberes antigos, demonstrando frequentemente atitudes de resignação e de pessimismo face à doença. Outra postura das idosas é o queixume perante o estado de saúde em que se encontram. Mas aí, não podemos olvidar que estamos perante mulheres com bastante idade e com uma grande vulnerabilidade à doença.

As atitudes que as idosas demonstram face ao médico aparentam ser de grande vontade, empatia e de relativa obediência. Deste modo, as características que mais sobressaem do médico são a sabedoria, o interesse e a preocupação demonstrada com os doentes, o que nos permite afirmar que, no geral, as idosas estão satisfeitas com o médico que frequentam, consideram que permanecem tempo suficiente no consultório médico e que o médico, na maior parte das vezes, lhes dá informação adequada à doença que têm. Contudo, as idosas demonstram grandes dificuldades em explicar os sintomas que têm e também na transmissão de informação sobre o seu estado de saúde, o que se deve ao baixo nível de escolaridade da maioria. Estes aspectos e os baixos rendimentos das idosas contribuem para que se use frequentemente os serviços de saúde pública e, apenas excepcionalmente, os serviços particulares.

A relação estabelecida com o médico influencia as idosas na adopção de comportamentos mais adequados – seguem as instruções do médico, evitam a auto-medicação e adoptam hábitos alimentares saudáveis.

O relacionamento médico-idosas pauta-se, do ponto de vista das entrevistadas, pelo à vontade, amizade (pelo menos da parte das idosas) e confiança. Mas é visível o poder do médico, detentor da cura. O poder do médico advém da capacidade de medicar graças aos conhecimentos que detém, o que permite afirmar que o médico, em questões de saúde e doença, é tido como uma autoridade.

As idosas demonstram uma preocupação em adquirir algumas competências e saberes médicos para se cuidarem, através do diálogo com o médico, tido como o elemento primário a que se recorre para tirar dúvidas ou pedir informações. Os saberes das idosas são comunicados numa linguagem pouco técnica, denotando uma interpretação da linguagem médica para uma linguagem vulgar, inserida nos quadros de referência e nos sistemas de valores, sociais e profissionais de cada idosa.

Fazem referência aos medicamentos que tomam e, por vezes, Às razões de o tomarem. Demonstram preocupação em tomar os medicamentos a horas e inclusive, na maior parte das vezes, só tomam medicamentos receitados pelo médico. Além disso, preocupam-se em ler as bulas para saberem a que é que se destina o medicamento que tomam e quais os efeitos secundários deste.

Os cuidados face ao corpo são objecto de aprendizagem que não ocorre de forma igual. As idosas demonstram preocupação com o corpo na saúde e na doença, evidenciando preocupações em termos de medicação, de hábitos alimentares e de exposição solar. Está patente a ideia de que para conservar a vida, adiando a morte, é necessário adoptar comportamentos adequados, o que entra em contradição com a atitude que têm na prática, na medida em que as idosas afirmam ir ao médico apenas quando estão doentes e, só em terceiro lugar, é que afirmam ir às consultas de rotina.

O comportamento e a mentalidade demonstrados pelas idosas face à saúde e à doença deve-se, no nosso entender e de acordo com Engrácia Leandro (2001), ao investimento em medidas preventivas, ao avanço da ciência médica e ao acesso gratuito à medicina, nomeadamente ao médico de família e a exames médicos.

As diferentes partes do corpo têm assim conotações diferentes influenciadas pelos contextos culturais em que ocorrem. Há uma preocupação com o asseio diário do corpo não fazendo parte deste asseio diário, para algumas entrevistadas, o banho completo, o mesmo não acontecendo com a higiene oral. Apesar de afirmarem lavar os dentes com alguma regularidade (pelo menos uma vez ao dia), as visitas ao médico dentista são esporádicas, quando há dor, o que pode ser explicado através dos honorários deste especialista particular, aliado aos baixos rendimentos da maioria das idosas. Aliás, a maioria das idosas critica o facto de não existirem dentistas nos Centros de Saúde e Hospitais.

Em relação aos hábitos alimentares verifica-se uma certa preocupação, por parte das idosas, em seguir regimes alimentares saudáveis o que demonstra uma efectiva preocupação com o corpo



pois um corpo são escapa mais facilmente à doença. Esta preocupação atravessa todos os perfis sócio-económicos. Quanto maior este é, mais facilmente esta preocupação alimentar é transmitida.

A prática da ida à praia não faz parte do percurso actual da maioria das idosas, apesar de, no passado, quase todas frequentarem a praia com os filhos e/ ou familiares. Assim, os cuidados tidos na praia baseiam-se no uso do protector solar. Em casa, diariamente, afirmam evitar as horas de maior calor colocando-se à sombra, em locais frescos e usando chapéus sempre que se expõe ao sol.

A preocupação com o estado de saúde demonstrado pelas idosas não vai ao encontro dos resultados do estudo realizado recentemente por Manuel Villaverde Cabral (2002). Justificamos esta diferença de resultados pelo facto de o estudo deste investigador se ter debruçado sobre todas as faixas etárias da população, contrariamente ao presente estudo que se baseia apenas na terceira idade. Nesta faixa etária está, na nossa opinião, a justificação para a divergência de conclusões, pois na velhice as entrevistadas demonstram uma maior preocupação com o seu corpo, de modo a mantê-lo saudável evitando a doença. A morte está presente em todas as idades, mas talvez para um idoso se apresente como uma certeza maior, como um fim de percurso que teimam em advir ao máximo. Daí a maior atenção que dão ao seu corpo e aos sinais de doença que este apresenta.

Luís Mello considera a linguagem um instrumento cultural (2001, 448) que, nesta investigação, expressa os sentimentos e as atitudes que cada uma tem perante a doença, a cura e a saúde. As marcas de oralidade, o discurso directo, a repetição de alguns advérbios, o estilo repetitivo, as orações causais com valor explicativo, e as coordenadas conclusivas, a falta de vocabulário específico, o uso de diminutivos e as formas verbais e frásicas nem sempre bem empregues, evidenciam faltas de concordância, a pouca escolaridade das idosas e a reduzida cultura linguística dos discursos.

Estamos conscientes de que nem tudo o que é dito pelas idosas é feito no dia-a-dia, havendo clivagens entre aquilo que é dito e o que é posto em prática.

A realização deste trabalho sensibilizou-nos ainda mais para os problemas e abandonos que tem sofrido esta faixa etária da população que, apesar da idade, ainda tem muito para oferecer e transmitir à sociedade.

Este estudo assume-se como exploratório, não pretende ter um carácter exaustivo, reflectindo apenas sobre os usos sociais do corpo na saúde e na doença, durante a velhice.

## Capítulo Doze

---

### Referências Bibliográficas

- 📖 APEL, Karl-Otto (1985) *La transformación de la filosofía*, Madrid: Taurus.
- 📖 BABO, Maria Augusta (2001) “Para uma semiótica do corpo”, in *Revista de Comunicação e Linguagens*, Lisboa: CECL, nº 29, pp. 255-269.
- 📖 BALANDIER, Georges (1982) *O poder em cena*, Coimbra: Minerva.
- 📖 BALINT, Michael (1998) *O médico, o seu doente e a doença*, cap. XIX, Lisboa: Climepsi.
- 📖 BARBOSA, António (1987) “Educação para a saúde: determinação individual ou social?”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra: CES, pp. 169-182.
- 📖 BARDIN, Laurence (1979) *Análise de conteúdo*, Lisboa: Edições 70.
- 📖 BAUBRILLARD, Jean (1995) *A Sociedade de Consumo*, Lisboa: Edições 70.
- .
- 📖 BERNSTEIN, Basil – “A educação não pode compensar a sociedade” in GRÁCIO, Sérgio e STOER, Stephen (orgs.) (1982) *Sociologia da Educação – II: A Construção Social das Práticas Educativas*, Lisboa: Livros Horizonte.
- 📖 BÍBLIA SAGRADA, (1998) Lisboa: Difusora Bíblica.
- 📖 BLEICHER, Josef (1992) *Hermenêutica Contemporânea*, Lisboa: Edições 70.
- 📖 BOURDIEU, Pierre (1987) “O estado, a sociedade e as políticas de ciências sociais: o caso das políticas de saúde”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra: CES, pp. 13-74.
- 📖 BOURDIEU, Pierre (1998) *O que falar quer dizer: a economia das trocas linguísticas*, Lisboa: Defel.
- 📖 BOURDIEU, Pierre (1999) *A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicos*, Petrópolis: Vozes.
- 📖 BRAUNSTEIN, Florence e PÉPIN, Jean-François (1999) *O lugar do Corpo na Cultura Ocidental*, Lisboa: Instituto Piaget.

BRITES, Andreia (2001) “O corpo e o prazer segundo Roland Barthes”, in *Comentário - Revista Crítica de Ciências Sociais e Humanas*, nº2, Lisboa: NEAFCSH, pp. 16-19.

BURGESS, Robert (1997) *A Pesquisa de Terreno*, Lisboa, Celta.

BURKE, Peter e PORTER, Roy (Org.) (1993) *Linguagem, Indivíduo e Sociedade: história social da linguagem*, São Paulo: Universidade Estadual Paulista.

CABRAL, Manuel Villaverde (cord.) (2002) *Saúde e Doença em Portugal: inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

CANELLA, Paulo (2001) “Pequena evolução do envelhecer”, in *Revista Humanidades*, nº 4, Out./ Dez., Lisboa: Loja da Imagem, pp. 16/ 17.

CARAPINHEIRO, Graça (1986) “A saúde em contexto da Sociologia”, in *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 1, Lisboa: CIES, pp. 9-22.

CARAPINHEIRO, Graça (1987) “Cenários de estratégias médicas no hospital”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra: CES, pp. 141-156.

CARAPINHEIRO, Graça (1993) *Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto: Edições Afrontamento.

CARNEIRO, Carlos (2001) “O amor erótico e o sagrado”, in *Comentário – Revista Crítica de Ciências Sociais e Humanas*, nº2, Lisboa: NEAFCSH, pp. 20-23.

CASCUDO, Luís da Câmara (1976) *História dos nossos gestos*, São Paulo: Edições Melhoramentos.

CENSOS 2001, *Resultados preliminares: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação*, Lisboa: I.N.E.

- 📖 COSTA, Sara Figueiredo (2001) “A enunciação do corpo nas cantigas de amigo”, in *Comentário - Revista Crítica de Ciências Sociais e Humanas*, nº2, Lisboa: NEAFCSH, pp. 25-29.
- 📖 CRESPO, Jorge (2001) “A civilização do corpo”, in *Comentário - Revista Crítica de Ciências Sociais e Humanas*, nº2, Lisboa: NEAFCSH, pp. 30-35.
- 📖 CRUZ, Maria Teresa (2001) “Três perguntas a Maria Teresa Cruz” (entrevista feita por Mariana Pinto dos Santos), in *Comentário - Revista Crítica de Ciências Sociais e Humanas*, nº2, Lisboa: NEAFCSH, pp. 64-67.
- 📖 CRUZ, Maria Teresa (2002) “Técnica e afecção”, in MIRANDA, J Bragança, e CRUZ, Maria Teresa, *Crítica das Ligações na Era da Técnica*, Lisboa: Tropismos, pp. 31-45.
- 📖 DAVIDSON, Donald (1990) *De la verdad y de la interpretacion: fundamentales contribuciones a la filosofia del language*, Barcelona: Editorial Gedisa.
- 📖 DAVIDSON, Donald (1991) “Interpretação Radical”, in *Dicionário do pensamento Contemporâneo*, Lisboa: Publicações Dom Quixote, pp. 199 – 210.
- 📖 DETHIEFSEN, Thorwald (2002) *A doença como caminho: um método para a interpretação da doença*, Cascais: Pregaminho.
- 📖 DIONÍSIO, Bruno Miguel (2001) “Os velhos ao espelho e o reflexo dos outros: imagens, percepções e atitudes em torno da velhice”, in *Fórum Sociológico*, nº 5/6, Lisboa: IEDS, pp. 241-255.
- 📖 DUARTE, Susana (2002) *Saberes de Saúde e de Doença – Porque vão as pessoas ao médico?*, Coimbra: Quarteto Editora.
- 📖 ELIAS, Norbert (1989) *O Processo Civilizacional, Investigações sociogenéticas e psicogenéticas*, 1º e 2º vol., Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- 📖 FERNANDES, Ana Alexandre (2001) “Velhice, Solidariedades familiares e política Social”, in *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 36, Lisboa: CIES, pp. 39-52.

- 📖 FERNANDES, Ana Alexandre (1997) *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*, Oeiras: Celta Editora.
- 📖 FERREIRA, Carlos Miguel (1999) “Da tísica à tuberculose: um percurso de uma construção social da doença”, in *Fórum Sociológico*, Lisboa: IEDS, nº 1 e 2 (2ª Série), pp. 107-130.
- 📖 FONTAINE, Roger (2000) *Psicologia do envelhecimento*, Lisboa: Climepsi Editores.
- 📖 FONTANILLE, Jacques (2001) “Máquinas, próteses e impressões: o corpo pós-moderno, in *Revista de Comunicação e Linguagens*, nº 29, Lisboa: CECL, pp. 235-254.
- 📖 FOUCAULT, Michel (2000) *Naissance de la clinique*, Paris : Presses Universitaires de France.
- 📖 FOUCAULT, Michel (1998) *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*, Petrópolis: Vozes.
- 📖 FOUCAULT, Michel (1997) *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de Dezembro de 1970*, Lisboa: Relógio d'Água.
- 📖 FOUCAULT, Michel (1954) *Enfermedad Mental e Personalidad*, Barcelona: Paidós.
- 📖 GADAMER, Hans-Georg (1997) *O mistério da saúde – o cuidado da saúde e a arte da medicina*, Lisboa: Edições 70.
- 📖 GIL, José (1990) “O corpo, a arte e a linguagem: o exemplo de Alberto Caeiro” in *Revista de Comunicação e Linguagens*, nº 10 e 11, Lisboa: CECL, pp. 59/ 70.
- 📖 GOFFMAN, Erving (1975) *A representação do eu na vida cotidiana*, Petrópolis: Editora Vozes.
- 📖 GOFFMAN, Erving (1961) *Manicómios, Prisões e Conventos*, São Paulo: Editora Perspectiva.
- 📖 GÓMES, Gregório Rodriguez et al (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga: Ediciones Aljibe.

- 📖 GOMES, José (2003) “O corpo é a estrutura e o dicionário emocional da história individual”, in *Representações do corpo*, Braga: CEH, pp. 133 - 144.
- 📖 GOMES, Romeu *et al* (2002) “As representações sociais e a experiência da doença”, in *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18 nº 5, Set./ Out., Rio de Janeiro: ENSP, pp. 1207-1214.
- 📖 GONÇALVES, Albertino (1998) *Métodos e Técnicas de Investigação Social*, Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.
- 📖 GONÇALVES, Albertino (2004) “O Delírio da Disformidade – O Corpo no Imaginário Grotesco”, in *Comunicação e Sociedade*, nº 4, Braga: NECS, pp. 73-79.
- 📖 GUIBENTIF, Pierre (1991) “Tentativa para uma abordagem sociológica do corpo”, in *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 9, Lisboa: CIES, pp. 77-87.
- 📖 HALL, Edward (1959) *A linguagem silenciosa*, Lisboa: Relógio d'Água.
- 📖 HEIDGGER, Martin (1998) *Carta sobre o Humanismo*, Lisboa: Guimarães Editores.
- 📖 HERZLICH, Claudine (1996) *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- 📖 HESBEEN, Walter (1993) *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*, Loures: Lusociência.
- 📖 HESPANHA, Maria (1987) “O corpo, a doença e o médico: Representações e práticas sociais numa aldeia”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra: CES, pp. 195-210.
- 📖 HINTIKKA, Jaakko (1993) “Estratégia e Teoria da Argumentação” in *Retórica e Comunicação*, Edições Asa, pp. 71-93.
- 📖 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999) *As gerações mais jovens*, série de estudos, nº 83, Lisboa: I.N.E.

- 📖 KUBLER-ROSS, Elizabeth (2000) *Sobre a morte e o morrer*, São Paulo: Martins Fontes.
- 📖 LANDOWSKI, Eric (2001) “Fronteiras do corpo: fazer signo, fazer sentido” in *Revista de Comunicação e Linguagens*, nº 29, Lisboa: CECL, pp. 271-286.
- 📖 LE BRETON, David (1998) *Anthropologie du corps*, Paris: PUF.
- 📖 LE BRETON, David (2000) “El sentido del cuerpo”, in *Construire*, nº 19 ([www.tendencias21.net](http://www.tendencias21.net)).
- 📖 LE BRETON, David (2001) [www.fazerpublico.pt/porto2001](http://www.fazerpublico.pt/porto2001) (entrevista feita por Andreia Brites, no quadro da conferência realizada no Porto 2001 – Capital europeia da Cultura).
- 📖 LEANDRO, Maria Engrácia (2001) A saúde no prisma dos valores da modernidade, *Separata dos Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Porto: SPAE, volume XLI (3-4).
- 📖 LEANDRO, Engrácia Maria (1995) “A dinâmica dos Modelos Familiares”, in *Cadernos do Noroeste*, vol. 8, nº2, Braga: CCHS, pp. 69-97.
- 📖 LEANDRO, Maria Engrácia (1994) “Inter-confluencias. Idoso-medernidade”, in *Cadernos do Noroeste*, vol. 7 (2), Braga: CCHS, pp. 55-67.
- 📖 LEANDRO, Engrácia Maria (1991) “Assumir o entardecer da vida – novas atitudes se impõe”, in *Cadernos do Noroeste*, vol. 4, Braga: CCHS, pp. 359 – 367.
- 📖 LEITE, Maria Carolina (2002) “O corpo sob tutela – notas breves a propósito do corpo que não se tem”, in *Separata da Revista de Comunicação e Sociedade*, Braga: ICS, 4 nº 1.
- 📖 LEPECKI, Maria (2001) “A Tirania”, in *Revista de Humanidades*, nº 4, Out./ Dez., Lisboa: Loja da Imagem, p. 9.
- 📖 LEVINAS, Emmanuel (1988) *Totalidade e Infinito*, Lisboa: Edições 70.
- 📖 LOBO, Elvira da Conceição (1995) *A doença e a cura – recorrência à bruxaria na procura de saúde*, Vila Nova de Gaia: Estratégias Criativas.



- 📖 MACHADO, Paulo (1994) “A (c)idade maior – para uma sociologia da velhice na cidade de Lisboa”, in *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 15, Lisboa: CIES, pp. 21-52.
- 📖 MANZANARES Angels Consuegra, MARCOS Angel Fernández, (1994) “Estimulación de la autonomía en la vejez”, in *Fórum Sociológico*, nº5, Lisboa: IEDS, pp. 75-81.
- 📖 MARTINS, Moisés de Lemos (1990) “O modo superlativo de enunciar a nossa identidade: Português, logo católico”, in *Cadernos do Noroeste*, vol. 3, nº 1-2, Braga: CCHS, pp. 163-175.
- 📖 MARTINS, Moisés de Lemos (2001) “A racionalidade da linguagem humana: aquilo que os discursos dizem e o que nós fazemos com eles”, in *Revista de Comunicação e Linguagens*, nº 29, Lisboa: CECL, pp. 87-104.
- 📖 MARTINS, Moisés de Lemos (2002a) “O Trágico como Imaginário da Era Mediática”, in *Comunicação e Sociedade*, nº 4, Braga: CECS, pp. 73-79.
- 📖 MARTINS, Moisés de Lemos (2004) “Utopias tecnológicas e figurações do humano”, in *Actas do VII colóquio de História, Educação e Imaginário*, Braga: IEP, pp. 77-84.
- 📖 MCWHINNEY, Ian (1994) *Manual de Medicina Familiar*, Lisboa: Inforsalus.
- 📖 MELHO, Luís Gonzaga de (2001) “Linguagem e Comunicação”, in *Antropologia Cultural – Iniciação, Teoria e Temas*, Editora Vozes: Petropolis, cap. XVII.
- 📖 MENDES, Felismina (1996) “A saúde e a doença dos professores universitários”, in *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 19, Lisboa: CIES, pp. 165-187.
- 📖 MENESES, António Rafael de (1995) *Sociologia da Saúde*, Recife: CEPE.
- 📖 MONDRAGÓN, Jasone (1999) *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*, Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- 📖 MOSCOVICI, Serge (1984) *Psicología Social*, Barcelona: Editorial Paidós.

📖 NUNES, Berta (1987) “Sobre as medicinas e as artes de curar”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra: CES, pp. 233-242.

📖 OLIVEIRA, José (1998) *Viver a morte – abordagem antropológica e psicológica*, Coimbra: Livraria Almedina.

📖 OLIVEIRA, Eduardo et al (1982) *Braga – Evolução da Estrutura Urbana*, Braga: Câmara Municipal de Braga, Estudos Bracarenses – 3.

📖 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2003) *Plano de acção internacional para o envelhecimento*, Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

📖 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002) *Saúde 21: uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da Organização Mundial da Saúde*, Loures: Lusociência.

📖 ORLANDI, Eni (1996) *A linguagem e o seu funcionamento: as formas do discurso*, Campinas: Pontes.

📖 PAÚL, Constança (2001) *Psicossociologia da saúde*, Lisboa: Climepsi.

📖 PEREIRA, Armando Soares (2002) (Org.) *Dar e receber na Terceira Idade*, Viana do Castelo: Projecto de Luta Contra a Pobreza.

📖 PEREIRA, José (1987) “Será possível uma nova medicina?”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais* nº 23, Coimbra: CES, pp.185-191.

📖 PEREIRA, Luís (1993) “Medicina Paralela e Prática Social”, in *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 14, Lisboa: CIES, pp. 159-175.

📖 PIMENTEL, Luísa Maria (2001) *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*, Coimbra: Quarteto Editora.

📖 PINTO, Anabela Mota (2001) *Envelhecer Vivendo*, Coimbra: Quarteto Editora.

📖 PORTER, Roy (1993) "Expressando sua enfermidade: A Linguagem na Doença na Inglaterra georgiana", in BURKE, Peter, PORTER, ROY (1993) *Linguagem, Indivíduo e Sociedade*, São Paulo: Universidade Estadual Paulista.

📖 RAMOS, Filipa Gonçalves (2001) "Corpos estranhos – os antípodas da perfeição: o corpo na arte como expressão de uma outra realidade", in *Comentário - Revista Crítica de Ciências Sociais e Humanas* nº2, Lisboa: NEAFCSH, pp. 53-57.

📖 REIS, Carlos (1981) *Técnicas de Análise Textual: introdução à leitura do texto literário*, Coimbra: Almedina.

📖 RESENDE, José Manuel (1999) "A construção social do corpo nas sociedades de modernidade tardia: disposições corporais distintivas e a corporalidade como recurso mobilizado nas relações e trajetórias sociais", in *Fórum Sociológico*, nº 1-2 (II série), Lisboa: IEDS, pp. 9-40.

📖 RICOEUR, Paul (1987) *Teoria da Interpretação*, Lisboa: Edições 70.

📖 RICOEUR, Paul (s/d) *Do texto à acção: ensaios de hermenêutica*, Porto: Rés.

📖 RORTY, Richard (1996) *Contingência, Ironia y Solidariedad*, Lisboa: Presença, Biblioteca de textos universitários.

📖 ROSA, Maria (1993), "O desafio social do envelhecimento demográfico", in *Análise Social*, vol. XXVIII (122), Lisboa: GIS, pp. 679-689.

📖 SANTOS, Boaventura de Sousa (1987) "O estado, a sociedade e as políticas sociais. O caso das políticas de saúde", in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, Coimbra: CES, pp. 13-74.

📖 SANTOS, Boaventura de Sousa (1989) *Introdução a uma ciência pós-moderna*, Porto: Afrontamento.

📖 SILVA, Paulo (1999) *O Lugar do Corpo*, Lisboa: Instituto Piaget.

📖 SUMARES, Manuel (1992) “Interpretação radical: Davidson e Rorty”, in *Revista Portuguesa de Filosofia*, T 48, fase 3, Braga: UCP, pp. 149-178.

📖 TUCHERMAN, Ieda (1999) *Breve história do corpo e de seus monstros*, Lisboa: Edições Veja.

📖 TUCHERMAN, Ieda (2001) “Inventando Corpos”, in *Comunicação e Sociedade*, vol. 3 (1-2), Braga: CECS, pp. 221-232.

📖 UNIDADE DE ARQUEOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO MINHO (Dir.)(s/d) *Itinerários do Românico*, Região do Turismo do verde Minho – Costa Verde.

📖 VALA, Jorge “A análise de conteúdo”, in Silva, Augusto S., PINTO, J. Madureira, *Metodologia das ciências Sociais*, Porto: Afrontamento, pp. 101 – 128.

📖 VEJA, José, BUENO, Belén (2000) *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*, Madrid: Síntesis Psicología.

📖 VIGARELLO, Georges (1985) *O limpo e o sujo – A higiene do corpo desde a Idade Média*, Lisboa: Edições Fragmentos.

📖 WEIL, Pierre (1991) *O corpo fala a linguagem silenciosa da comunicação não verbal*, Petropolis: Vozes.

📖 WITTGENSTEIN, Ludwig (1990) *Da certeza*, Lisboa: Edições 70.

📖 WITTGENSTEIN, Ludwig (1987) *Tratado Lógico Filosófico*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

